

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 4

LA
ROUGEOLE

Chez les Diphtériques

A L'HOSPICE DE LA CHARITÉ DE LYON

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Novembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

DENIS ROLLET

Ancien externe des Hôpitaux de Lyon

Né à Villefranche-sur-Saône (Rhône), le 18 août 1874



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & Cie

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

1899

LA ROUGEOLE

Chez les Diphtériques

A L'HOSPICE DE LA CHARITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 4

LA
ROUGEOLE

Chez les Diphtériques

A L'HOSPICE DE LA CHARITÉ DE LYON

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Novembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

DENIS ROLLET

Ancien externe des Hôpitaux de Lyon

Né à Villefranche-sur-Saône (Rhône), le 18 août 1874



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & Cie

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE. ASSESSUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	}	OLLIER.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des Maladies mentales		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER.
Médecine légale		POLLOSSON (M.).
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.	—
Accouchements.	POLLOSSON (A.).	—
Botanique	BEAUVISAGE,	—
Propédeutique médicale.	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND.
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BERARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PIC	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LAROYENNE, Président ; M. GANGOLPHE, Assesseur ;
MM. COLLET et NOVÉ-JOSSERAND, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

PRÉFACE

Nos études médicales terminées, notre première pensée est pour nos parents,

Nous ne pouvons, hélas ! qu'évoquer la mémoire d'un père chéri et d'un bon frère dont les conseils autorisés nous eussent été précieux pendant le cours de nos études. Que notre excellente mère reçoive ici l'assurance de notre profonde piété filiale.

À un moment de quitter l'Université de Lyon, c'est un devoir pour nous de présenter à tous nos maîtres de la Faculté de Médecine et de notre pratique hospitalière, l'hommage de notre profonde reconnaissance.

Nous avons été très heureux et honoré d'être l'externe de M. le Professeur Laroyenne. Il nous montra toujours bon accueil et bienveillance extrême. Aujourd'hui encore, en acceptant la présidence de notre thèse, il nous fait un honneur au-dessus de tout remerciement.

Que M. le Professeur Gailleton, M. le professeur

agréé Condamin, M. Rabot, médecin des hôpitaux, M. Jaboulay, chirurgien des hôpitaux, dont nous avons été successivement l'externe, veuillent bien croire en notre profonde et durable gratitude.

M. Rabot a été le promoteur de notre modeste travail. Il nous manifesta à maintes reprises des marques toutes particulières de bienveillance et d'affectueux intérêt. Qu'il soit assuré que nous conserverons de lui et de l'agréable semestre passé dans son service un impérissable souvenir.

En quittant Lyon, nous laissons beaucoup d'amis, dont nous nous séparons avec tristesse. Qu'ils veuillent bien croire que nous emportons d'eux avec le meilleur souvenir l'espoir de les rencontrer bientôt et de continuer nos franches et cordiales relations.

AVANT-PROPOS

A propos des épidémies intérieures de rougeole, qui se sont manifestées à maintes reprises dans le service des diphtériques pendant l'année 1899, notre maître, M. le docteur Rabot, nous exprima souvent son étonnement.

Un des faits caractéristiques dont il était frappé à juste titre, c'est que la rougeole qui, en 1894, affectait une allure des plus malignes, était devenue excessivement bénigne, depuis qu'on faisait usage de sérum anti-diphtérique dans le service.

Dans un deuxième ordre d'idées, notre excellent maître nous faisait remarquer qu'un nombre assez important de ces rougeoles, qui survenaient dans le décours de la diphtérie, étaient des rougeoles récidivées. De là à se demander si la diphtérie ne ferait pas perdre l'immunité conférée par une première atteinte de l'affection rubéolique, il n'y avait qu'un pas.

Enfin, il y avait un autre fait qui n'était pas sans

étonner. Un cas de rougeole venait-il à éclater dans le service, le plus souvent ce n'était pas les enfants couchés dans les lits voisins du point de contagion, qui se trouvaient atteints, c'étaient de petits malades couchés tout à l'autre extrémité de la salle ou dans une salle voisine et souvent fort éloignée de la première. Dès lors n'y avait-il pas lieu d'incriminer un autre agent que l'air ambiant chargé des germes morbilleux ? Cette marche si bizarre de la rougeole, qui ne se propage pas d'une façon régulière et prévue, mais frappe au hasard un enfant dans une salle, un second dans une autre, ne donne-t-elle pas à penser que peut-être les soins donnés par le personnel du service seraient une explication suffisante de ce fait ? Autrement dit, n'y aurait-il pas là une preuve de la théorie de la contagion indirecte de la rougeole ?

Ces quelques constatations, faites par M. Rabot, pendant son long séjour dans le service des diphtériques, nous ont paru intéressantes à étudier.

C'est le fruit de nos recherches, joint à quelques réflexions suggérées par nos observations, que nous présentons dans notre modeste travail.

Le plan que nous avons adopté est le suivant :

Chap. I. — De la fréquence avec laquelle la rougeole survient à titre de complication dans la diphtérie.

Chap. II. — Gravité de cette complication.

Chap. III. — Quelques considérations sur les récurrences de la rougeole.

Chap. IV. — Contribution à l'étude du mode de propagation de la rougeole.

Chap. V. — Observations.

Chap. VI. — Conclusions.

CHAPITRE PREMIER

De la fréquence avec laquelle la rougeole survient à titre de complication dans le cours d'une diphtérie.

Nous croyons qu'en dehors des hôpitaux, la rougeole ne constitue pas une complication bien fréquente de la diphtérie. C'est que dans la clientèle de ville, il manque certains facteurs qui jouent un rôle important dans les milieux hospitaliers.

A certains moments de l'année, l'encombrement règne dans le service des diphtériques. Les enfants, réunis dans une même salle, recevant des soins d'infirmières qui passent des uns aux autres, voilà autant de conditions favorables pour l'éclosion de n'importe quelle épidémie.

On sait quelle difficulté présente souvent le diagnostic précoce d'une rougeole. Ce sera une angine suspecte, un faux croup, quelquefois une bronchite ou une broncho-pneumonie d'apparence simple et

dont la nature rubéolique ne s'accuse qu'au moment de l'éruption. Enfin n'est-ce pas parfois un enfant, qui entre à l'hôpital pour une affection quelconque, mais en pleine incubation d'une rougeole contractée au dehors ?

Le séjour de tous ces rubeoleux en incubation est quelquefois prolongé et quand le diagnostic s'est précisé, il n'est plus temps ; leur présence est devenue fertile.

Toutes ces rougeoles à début insidieux, prenant le masque d'autres maladies, voilà le point de départ de toutes ces épidémies intérieures. Une seule erreur ou difficulté de diagnostic suffit pour contagionner une salle quelquefois entière.

Lihou (1), pour expliquer ces cas de rougeole, qui éclatent dans des salles affectées à d'autres maladies, admet les facteurs suivants.

1^o) Rassemblement des enfants au moment de leur admission.

2^o) Visites des parents.

3^o) Peut-être externes et personnes qui donnent les soins.

Nous ajouterons un quatrième élément : les difficultés et quelquefois les erreurs de diagnostic pendant la période d'invasion.

Toutes ces causes d'épidémies intérieures sont quelquefois très difficiles à démêler. Il est souvent impossible de remonter à la source de la contagion.

(1) LIHOU. — Th. de Paris 1896. La Rougeole à l'hôpital Trousseau.

Nous avons voulu rechercher avec quelle fréquence la rougeole compliquait la diphtérie à l'hospice de la Charité de Lyon. Nous avons compulsé les dossiers de ces dix dernières années et trouvé les résultats suivants :

En 1890	509 cas de diphtérie	5 cas de rougeole
En 1891	327 »	1 »
En 1892	325 »	5 »
En 1893	340 »	7 »
En 1894	209 »	1 »
En 1895	163 »	11 »
En 1896	151 »	5 »
En 1897	251 »	12 »
En 1898	233 »	25 »
En 1899	322 »	15 »
Total	<u>2.830</u>	<u>87</u>

Donc de l'année 1890 au mois de septembre 1899, il y a eu 2,830 cas de diphtérie et 87 cas de complication rubéolique ; soit une proportion de 3,07 pour 100.

Une statistique, faite dans le service de M. Barthez et relatée dans le Dictionnaire des Sciences Médicales, de Dechambre (1), montre que, sur 1,453 cas de rougeole, on avait vu 137 fois la diphtérie compliquer cette affection, c'est-à-dire dans une proportion de 10 pour 100.

Il résulte de la comparaison de ces deux statistiques que la diphtérie vient plus souvent compliquer la rougeole que la rougeole, la diphtérie.

(1) *Dictionnaire des Sciences médicales*, de Dechambre (art. diphtérie).

La raison de cette différence est facile à saisir. Pour que la rougeole vienne compliquer la diphtérie, il faut les différents facteurs que nous avons énumérés plus haut. Il faut la présence de rubeoleux dans une salle de diphtériques. Or, cette présence n'est pas constante, et ne relève que du hasard. C'est ce qui nous explique que de 1890 à 1899 la complication rubéolique ne se présente pas avec la même fréquence à chaque année différente. Certaines années, par exemple en 1897, 1898 et 1899, la rougeole a compliqué la diphtérie dans des proportions relativement élevées, tandis que, certaines autres années (1891 et 1894), on a tout juste un cas de complication rubéolique.

Les enfants qui sont atteints de rougeole, et en même temps surtout, sont hospitalisés, ne sont plus dans les mêmes conditions.

Le milieu d'hôpital est un milieu infecté, un milieu très riche en micro-organismes. En ce qui concerne le bacille diphtérique, Müller (1) a fait une constatation très intéressante dans le service de Heubner. Dans une salle infectée par la diphtérie, l'auteur examine la salive et le fond de la gorge chez tous les enfants venus du dehors et qu'on reçoit dans cette salle. Sur 100 enfants, indemnes d'affection buccale, il trouve 24 fois le bacille de Loeffler dont 6 l'avaient au moment de l'entrée; chez les

(1) De la présence des bacilles diphtériques dans la bouche des enfants hospitalisés, par E. Müller. — *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1896. Vol XLIII p. 54.

autres, il ne le trouve que quelques jours et même plusieurs semaines après l'admission.

A propos d'enfants, non hospitalisés, Adams (1) nous donne une très intéressante statistique. Dans 51 cultures provenant de gorges cliniquement saines, on trouve sept fois le bacille de Loëffler. Sur 28 cultures provenant d'enfants atteints de rougeole dix fois se manifeste le bacille de Loëffler sans du reste offrir de signes cliniques appréciables.

On voit donc avec quelle fréquence les enfants portent dans leurs cavités naso-bucco-pharyngées des bacilles diphtériques à l'état de virulence atténuée.

La rougeole, par ses atteintes sur les mêmes cavités, sera le coup de fouet qui réveillera les micro-organismes. Aussi Barbier (2) a-t-il pu écrire que la rougeole crée un terrain propice pour le développement de la diphtérie et la prolifération de bacilles restés jusque-là à l'état indifférent sur nos muqueuses.

C'est donc la présence fréquente des bacilles de Loëffler dans les milieux hospitaliers, dans des gorges cliniquement saines et surtout dans les gorges de rubéoleux qui fait la fréquence des diphtéries post-rubéoliques.

Nous avons recherché aussi à quel âge la complication rubéolique se montrait le plus souvent chez

(1) ADAMS. — Klebs-Loëffler Bacillus in heatly throats and in measles throats (*Med. Record*, 29 septembre 1894).

(2) BARBIER — Complications de la rougeole, traité de la Bibiothèque Charcot et Debove, p. 160.

les petits diphtériques; nous sommes arrivés aux résultats suivants dans le service des diphtériques de Lyon. La rougeole a compliqué :

11 fois	la diphtérie chez des enfants de 1 an et 1/2
13 fois	» de 2 ans
6 fois	» de 2 ans et 1/2
10 fois	» de 3 ans
20 fois	» de 3 ans et 1/2
9 fois	» de 4 ans
5 fois	» de 4 ans et 1/2
3 fois	» de 5 ans
6 fois	» de 6 ans
4 fois	» de 7 ans
1 fois	» de 11 ans

L'examen de ce tableau nous indique que c'est de 1 an et 1/2 à 3 ans et 1/2 que la complication rubéolique offre son maximum de fréquence. C'est qu'en effet la plupart des enfants de cet âge n'ont pas encore été atteints par la rougeole et, de ce fait, ne sont pas doués de l'immunité conférée par une atteinte antérieure. De plus, c'est à cet âge que les enfants commencent à être réunis ensemble et que, par suite, les chances de contagion sont plus grandes.

Le jeune âge présente donc une aptitude remarquable à contracter cette fièvre éruptive. La première année, ainsi qu'il ressort de notre statistique, fait exception à cette règle, et l'immunité relative dont jouissent les nourrissons, s'explique suffisamment par la rareté des contacts qu'ils ont avec les autres enfants.

Un tableau synoptique que nous avons inséré dans notre deuxième chapitre, montre enfin que la

rougeole apparaît indifféremment et avec une fréquence à peu près égale à des stades divers de la diphtérie.

Ce fait trouve une explication facile. Supposons une salle de diphtériques : les enfants qui s'y trouvent réunis, sont à des périodes inégales de leur maladie. Les uns, à peine entrés à l'hôpital, présentent au complet les symptômes d'une diphtérie pharyngée ou laryngée ; d'autres viennent d'entrer en convalescence ; quelques-uns enfin peuvent se trouver à la veille de leur sortie de l'hôpital.

Qu'un de ces rubéoleux larvés, dont nous avons tant parlé précédemment, crée un foyer de contagion dans cette salle. Au bout des deux septenaires habituels de la période d'incubation et d'invasion, l'éruption morbilleuse apparaîtra évidemment chez eux à des stades différents de leur première maladie.

Après toutes les constatations que nous venons de faire, nous nous croyons autorisés à avancer :

1^o) Que la rougeole n'est pas une complication bien fréquente de la diphtérie (3,07/100, d'après notre statistique) ;

2^o) Que la rougeole vient compliquer la diphtérie, grâce à certains facteurs (encombrement, agglomération des enfants dans une même salle, probablement soins donnés par une infirmière qui passe souvent d'un enfant à l'autre sans pouvoir prendre les précautions antiseptiques voulues et surtout présence, dans cette même salle, de rubéoleux larvés du fait d'une erreur, difficulté ou impossibilité de diagnostic). Tous ces facteurs, par leur réunion,

jouent un rôle prépondérant dans les milieux hospitaliers. Les enfants, au contraire, qui sont soignés dans leur famille, sont, jusqu'à un certain point, à l'abri des contagions ;

3^o) Que la rougeole complique la diphtérie avec un maximum de fréquence de un an $\frac{1}{2}$ à trois ans et $\frac{1}{2}$, fait qui trouve son explication dans la fréquence des contacts que les enfants de cet âge ont entre eux ;

4^o) Que la rougeole atteint les petits diphtériques avec une fréquence à peu près égale à toutes les périodes de leur affection ; fait, d'ailleurs, expliqué par la raison que les enfants réunis autour du foyer de contagion, sont à un stade différent de leur maladie.

CHAPITRE II

Gravité de la rougeole survenant comme complication dans le cours d'une diphtérie.

Le pronostic se trouve-t-il aggravé quand une rougeole se greffe sur une diphtérie? C'est cette question d'un intérêt purement pratique qui fera le sujet de notre deuxième chapitre.

Nous lisons dans Dechambre (1) que, le début de la rougeole, après une diphtérie, s'annonce par de la fièvre et un remarquable arrêt de la cicatrisation, quand il y a eu trachéotomie.

Quelquefois même, la plaie complètement cicatrisée, s'ouvre à nouveau. On voit apparaître des accidents broncho-pulmonaires et laryngés graves et d'autant plus regrettables que l'enfant venait d'échapper déjà aux pièges si redoutables d'une diphtérie à son déclin.

(1) Dictionnaire des sciences médicales de Dechambre (Art. Diphtérie).

Le Dr Frenkel (1), dans sa remarquable thèse inaugurale, a étudié de quelle façon la rougeole se comportait vis à vis des infections antérieures. Grâce à l'éruption morbillieuse s'aggravaient-elles ? Reparaissaient-elles ?

Pour cet auteur, toute rougeole préinfectée est grave. Le pronostic reste sérieux dans tous les cas ; moins grave, si les deux maladies évoluent successivement ; fatal si les deux affections évoluent simultanément.

Nous citerons le principe qu'il a posé et qui résume bien l'idée dominante de son travail,

« Quand la rougeole survient chez un enfant infecté
« infection banale (bronchite, entérite ou staphylo-
« coccie cutanée) ; spécifique (grippe, scarlatine,
« fièvre typhoïde, diphtérie), ou chez un enfant
« en puissance d'infection (enfant ayant séjourné
« dans un milieu infecté) que cette infection soit
« guérie ou en pleine évolution, l'apparition de la
« rougeole détermine la réviviscence et l'exaltation de
« virulence des germes de la maladie préexistante. »

Nous relevons ailleurs l'idée suivante que ne fait, d'ailleurs, que compléter le principe énoncé ci-dessus.

« Chaque fois qu'une maladie microbienne guérit,
« ses agents pathogènes ne disparaissent pas pour
« cela. Ils restent à l'état de microbisme latent ; ils
« pourront récupérer leur vitalité, leur virulence pre-

(1) Frenkel (Thèse de Paris 1898). Influence de la rougeole sur la réviviscence et l'aggravation des infections antérieures.

« mière et entrer en lutte avec l'organisme pour
« l'envahir. Une rougeole survenant dans le décours
« d'une infection quelconque peut soit la faire renai-
« tre, soit l'aggraver ».

Frenkel, il est vrai, n'a fait qu'effleurer la question des rougeoles post-diphtériques dans son ouvrage. Pourtant les idées dominantes, qui ressortent de la thèse générale qu'il soutient, les voici :

1^o) Toute rougeole préinfectée est grave.

2^o) Il y a des degrés dans cette gravité. Le pronostic est fatal, quand les deux maladies évoluent simultanément; moins grave, si elles sont séparées par un intervalle plus ou moins long d'apyrexie.

3^o) La rougeole est grave parce qu'elle aggrave l'infection préexistante ou la fait renaître.

Les observations, que nous avons pu recueillir en assez grand nombre dans le service des diphtériques de l'hospice de la Charité de Lyon, vont nous apporter un précieux concours pour vérifier ou discuter ces différentes assertions.

Sur 87 cas de complication rubéolique dans le cours d'une diphtérie, nous relevons 19 décès. Ce qui donne une mortalité de 21,8 %. C'est donc presque un quart de diphtériques succombant du fait de la complication rubéolique. Ces chiffres sont assez éloquentes et démontrent suffisamment la gravité des rougeoles consécutives à la diphtérie.

Nous avons dit précédemment qu'il y avait une échelle de gravité concordant avec l'intervalle plus ou moins long de temps qui séparait l'éruption morbilleuse du début de l'infection antérieure.

La rougeole apparaît-elle loin du début de la diphtérie? Elle n'apporte au pronostic que peu de gravité. Mais à mesure que l'intervalle de temps qui les sépare diminue, le pronostic, au contraire, s'assombrit de façon à devenir fatal, quand les deux affections évoluent simultanément.

Les recherches, que nous avons entreprises et que nous présentons sous forme d'un tableau synoptique ci-contre, vérifient parfaitement nos dires.

Dans le premier septenaire qui suit la diphtérie, sur dix cas de complication rubéolique on a dix décès, soit une mortalité de 100 pour 100. Du septième au quatorzième jour, dix cas et deux décès; soit 20 pour 100 de mortalité. Du quatorzième au vingt et unième dix-sept cas et un décès: soit, mortalité de 5,08 pour 100. Du vingt et unième au 28^e jour, vingt-deux cas et six décès: soit, mortalité 27 pour 100. Du vingt-huitième jour au soixantième jour enfin, vingt-huit cas et aucun décès.

Du trentième jour, où la mortalité est nulle jusqu'au moment où les deux affections vont devenir contemporaines, nous obtiendrions donc une courbe progressivement croissante, sauf un ressaut entre le vingt-et-unième et le vingt-quatrième jour. Cette recrudescence de la mortalité à une date déjà bien éloignée du début de la diphtérie ne doit pas infirmer la thèse que nous soutenons. Tous ces décès, qui se sont produits à ce moment, nous croyons devoir les mettre sur le compte de tuberculoses latentes, qui sont réveillées par la rougeole et prennent une allure rapidement mortelle.

TABLÉAU SYNOPTIQUE
Nombre de Rougeoles consécutives à des Diphtéries : 87

NOMBRE de jours d'intervalle entre l'éruption et le début de la diphtérie	NOMBRE de cas de rougeole	NOMBRE de dérés	NOMBRE de jours d'intervalle entre l'éruption et le début de la diphtérie	NOMBRE de cas de rougeole	NOMBRE de dérés
2 jours.....	4	4	25 jours.....	4	1
3 »	1	1	26 »	3	0
4 »	2	2	27 »	1	0
5 »	2	2	28 »	2	0
6 »	1	1	29 »	2	0
7 »	1	1	30 »	1	0
8 »	3	0	31 »	1	0
9 »	3	1	32 »	2	0
10 »	4	1	33 »	1	0
11 »	1	0	34 »	1	0
12 »	3	0	35 »	4	0
13 »	4	1	36 »	4	0
14 »	1	0	37 »	4	0
15 »	3	1	38 »	5	0
16 »	4	1	39 »	1	0
17 »	5	0	40 »	1	0
18 »	1	0	41 »	2	0
19 »	2	0	42 »	3	0
20 »	1	0	43 »	1	0
21 »	2	1	44 »	2	0
22 »	6	0	45 »	1	0
23 »	6	0	46 »	1	0
24 »	6	4	47 »	1	0

Si, maintenant, nous considérons la gravité de la rougeole chez les diphtériques dans ses rapports avec la sérothérapie, nous arriverons à des constatations intéressantes. Il semble résulter de nos observations que la mortalité, causée par la rougeole, a considérablement diminué dans le service des diphtériques, depuis que les enfants sont soumis aux injections de sérum anti-diphtérique.

De 1890 à 1894, sur dix-huit cas de diphtérie compliquée de rougeole, nous relevons neuf décès. Soit une mortalité de 50 pour 100.

De 1894 au mois de septembre 1899, tous les enfants sont soumis à la sérothérapie. Sur soixante-neuf cas de diphtérie compliquée de rougeole, on a seulement dix décès, soit une mortalité de 14,49 pour 100. C'est là un abaissement énorme dans la mortalité, causée par la rougeole chez les diphtériques.

La séro-thérapie agit-elle en augmentant la résistance de l'enfant et, par suite, en le rendant moins apte aux infections secondaires? Son action porte-t-elle sur les germes pathogènes qui seraient maintenus dans un état de virulence atténuée et ne pourraient, une rougeole survenant, récupérer une vitalité suffisante pour envahir l'organisme? Influencerait-elle la rougeole, au contraire, et la ferait-elle évoluer d'une façon bénigne?

Adopter une de ces explications au détriment des autres serait un peu prématuré. Mais c'est, en tous cas, un fait bien digne de remarque que cet abaissement énorme de la mortalité, occasionnée par la rougeole chez les petits diphtériques, depuis qu'ils

sont soumis à des injections de sérum anti-diphtérique. Aussi la conclusion à laquelle nous nous arrêtons est la suivante: Les petits diphtériques, s'ils ont été soumis, au préalable, à des injections de sérum anti-diphtérique, sont influencés moins défavorablement par une rougeole consécutive.

Cependant cet abaissement énorme de la mortalité est-il dû vraiment à la séro-thérapie, ou provient-il de ce que les rougeoles ont apparu loin du début de la diphtérie?

Depuis 1894 sur les 10 décès qui sont survenus,

1	a eu lieu	2 jours	après le début de la diphtérie	
1	»	13 jours	»	»
1	»	14 jours	»	»
1	»	17 jours	»	»
1	»	22 jours	»	»
4	»	24 jours	»	»
1	»	25 jours	»	»

Avant 1894, les 9 décès que nous avons relatés plus haut ont eu lieu tous dans les sept jours qui suivaient le début de la diphtérie.

Les cas de guérison qui se sont manifestés jusqu'au vingtième jour se partagent également dans les deux phases. Enfin presque tous les cas de guérison qui ont eu lieu après le vingtième jour se placent dans la période séro-thérapique qui commence en 1894.

Il semble donc résulter de nos nouvelles recherches que la sérothérapie ne joue peut-être pas le rôle prépondérant que notre statistique nous avait fait prévoir. Si la mortalité a été moindre après 1894,

c'est un pur fait de hasard. Les enfants contagionnés étaient déjà bien résistants, la convalescence se trouvant plus ou moins avancée. Si autour du foyer de contagion s'étaient trouvés des enfants au début de leur diphtérie, la mortalité eût été certainement plus élevée.

La rougeole est donc toujours grave quand elle survient chez des diphtériques. La gravité s'accroît, à mesure que les deux affections se succèdent à intervalles plus rapprochés. Elle semble avoir bien diminué depuis la mise en pratique de la sérothérapie.

Mais à quoi tient cette gravité? La rougeole, survenant dans le cours d'une diphtérie, l'aggraverait-elle? Serait-elle le point de départ de complications nouvelles? La rougeole rappellerait-elle la diphtérie? Dans ce dernier cas, nous retomberions dans l'évolution presque simultanée des deux affections et nous en avons dit précédemment toute la gravité.

Le fait de l'aggravation d'une diphtérie par une rougeole ne fait pas de doute, surtout quand l'éruption apparaît peu de jours après les premiers symptômes diphtériques. Il est aisé de comprendre que la virulence des bacilles de Loeffler, qui n'a pas été tout à fait épuisée, puisse être exaltée. Une diphtérie bénigne, à plus forte raison une diphtérie maligne en voie de guérison, peut devenir hypertoxique parce qu'une rougeole se sera greffée sur elle. Dans les observations I, IV, VIII et XI, on voit les enfants succomber à un empoisonnement intense de l'organisme. Là, pas de complications nouvelles, pas de broncho-pneumonie, cause de la terminaison fatale.

Dans l'observation IV, par exemple, l'enfant entre pour une diphtérie pharyngée d'apparence bénigne. Deux jours après son entrée, il est atteint de la rougeole et meurt. Le teint plombé, le pouls petit, fili-forme, le coma, ces quelques petites crises convulsives qui ont terminé la scène, voilà autant de symptômes d'une toxhémie intense.

Si nous jetons les yeux sur les autres causes de décès, nous voyons apparaître la terrible broncho-pneumonie. Cette complication pulmonaire n'apparaît pas à titre de manifestation habituelle de la fièvre éruptive, comme le croyaient les anciens, mais bien plutôt parce que la rougeole lui prépare le terrain et lui ouvre la voie.

La broncho-pneumonie est une maladie endémique dans les hôpitaux. Il y a, dans les milieux hospitaliers, toutes les conditions nécessaires pour son éclosion.

C'est d'abord un état de *minoris resistentiæ*, crée chez les enfants par la diphtérie. Puis viennent s'ajouter différents autres facteurs : l'encombrement, un air vicié et chargé de micro-organismes, des cas de broncho-pneumonie qui ont éclaté précédemment dans la salle et y ont créé des sources d'infection, capables d'infecter les autres sujets en état d'opportunité morbide.

Placés dans des conditions hygiéniques aussi défavorables, tous ces enfants dont la résistance a été affaiblie par la diphtérie offrent un terrain propice à toutes les surinfections.

La présence des agents pathogènes dans l'air

que respire l'enfant, à l'entrée et au niveau des voies respiratoires est une menace perpétuelle pour l'appareil broncho-pulmonaire.

Le milieu de culture est prêt pour l'ensemencement. Les germes existent, n'attendant qu'une occasion pour envahir l'organisme.

Cette cause occasionnelle c'est la rougeole, qui altérera à nouveau et plus profondément les épithéliums muqueux dont la vitalité a été bien diminuée antérieurement par la diphtérie.

M. le professeur Bard, le premier, a reconnu la nature vraie de ces broncho-pneumonies morbillueuses. Dans diverses publications qu'il a faites (1), ainsi que dans une thèse de Lyon (2), qu'il a inspirée, il est arrivé à ces conclusions : La rougeole prédispose aux infections muqueuses en retentissant sur ces muqueuses. Les complications broncho-pulmonaires rubéoliques sont le fait de véritables additions morbides et de la germination côte à côte de plusieurs parasites dans le même organisme.

Un fait que nous voulons mettre en relief, c'est que la plupart de ces broncho-pneumonies ne sont autre chose souvent que des broncho-pneumonies tuberculeuses. Ce n'est pas que nous voulions dire que le bacille de Koch, à lui-même, puisse transformer le poumon en un bloc d'hépatisation. Avirognet (3), dans les broncho-pneumonies tuberculeu-

(1) Arch. de Phys. et Path. (février 1897) *Lyon Médical* 1889,

(2) GONTIER. — Th. de Lyon 1889. Nature et prophylaxie de la broncho-pneumonie chez les rubéoliques,

(3) AVIROGNET. — De la tuberculose chez les enfants. Thèse de Paris, 1892.

ses post-rubéoliques, considère la lésion streptococcique primitive. Le bacille de Koch n'y pénètre que secondairement et y trouve un milieu de culture favorable à son développement.

Le plus souvent c'est sous la forme de granulie que la tuberculose se présente chez les petits rubéoliques. Plus rarement la tuberculose revêt la forme de broncho-pneumonie à noyaux disséminés (association du streptocoque et du bacille de Koch). Quelques fois on trouve à l'autopsie une hépatisation assez étendue d'un lobe pulmonaire (c'est la broncho-pneumonie pseudo-tuberculeuse de Hutinel ou phtisie pneumonitique morbilleuse de Carrel (1)).

La rougeole réveille une affection jusqu'alors latente, c'est l'opinion qui a prévalu auprès de la plupart des auteurs. C'est, le plus souvent, une tuberculose ganglionnaire, qui va devenir le point de départ d'une granulie. La rougeole ne fait que réveiller une affection qui a évolué insidieusement jusqu'au moment de l'apparition de l'éruption.

En tant que maladie générale, elle affaiblit d'une part l'enfant, dont la résistance a été bien diminuée antérieurement par la diphtérie ; elle réveille, d'autre part, l'activité du bacille jusqu'alors cantonné et favorise la diffusion de l'infection tuberculeuse dans les poumons et les endroits où le tubercule se développe de préférence.

Dans l'observation LXXX, où l'autopsie a pu être

(1) CARREL. — Quelques considérations sur la rougeole chez les enfants. Th. Paris 1871.

faite, nous voyons les poumons farcis de granulations grises. On en trouve également à l'intérieur et à la surface de la rate. Au-dessus du cœur et à droite, on remarque un gros ganglion caséeux en son centre, qui a dû être le point de départ de la diffusion tuberculeuse.

Ayant lu dans la thèse de Frenkel, que les affections bucco-pharyngées se trouvaient souvent rappelées par la rougeole, nous avons voulu rechercher si cette opinion était applicable à la diphtérie.

Autrement dit, la rougeole qui survient dans le cours d'une diphtérie peut-elle faire renaître les accidents diphtériques et apporter ainsi au pronostic un nouvel élément de gravité?

L'examen des 87 observations, que nous présentons, nous autorise à affirmer que la récurrence de la diphtérie à la suite de la rougeole est une rareté.

Nous ne pouvons citer que deux cas (Obs. LXII et LXXXVI) où il y a eu nouvelle apparition de fausses membranes au moment des phénomènes d'invasion de la rougeole. Les fausses membranes, qui avaient disparu, se sont reformées au début des symptômes prémonitoires de la rougeole. De ces deux enfants, l'un (Obs. LXI) guérit et sort du service au bout de 25 jours, emportant des bacilles de Loeffler dans la gorge ; l'autre (Obs. LXXXVI) succomba du fait de la coïncidence de trois affections : rougeole, nouvelle poussée de diphtérie et broncho-pneumonie surajoutée.

Il nous semble que théoriquement la diphtérie devrait être rappelée par la rougeole.

En effet, que faut-il pour qu'une maladie renaisse? La persistance des germes et une cause occasionnelle qui exalte leur virulence en leur préparant le terrain.

Les bacilles de Loeffler persistent longtemps après la guérison dans la gorge et surtout les fosses nasales, sans se manifester par des signes cliniques bien appréciables,

M. Rabot, dans une communication qu'il a faite dans le *Lyon Médical* (1894), dit :

« Il est complètement impossible de fixer le temps pendant lequel un convalescent peut rester porteur de bacilles diphtériques. J'ai vu des enfants, quatre mois après leur guérison, présenter des bacilles de Loeffler. Le plus souvent, le nez reste porteur de ces hôtes dangereux ».

Pour notre part, pendant notre séjour d'externat dans la salle des diphtériques, nous avons été frappés de ce fait que la plupart des enfants présentaient encore, au moment de leur sortie, des bacilles de Loeffler dans la gorge ou les fosses nasales.

La plupart du temps, les germes existent donc. La rougeole, en altérant les muqueuses déjà bien altérées par une diphtérie antérieure, en diminuant encore davantage leur vitalité, crée donc un excellent milieu de culture pour les germes qui existent à leur surface à l'état de microbisme latent.

Pourtant, de l'examen de nos observations il ressort que la théorie ne concorde guère avec ce qui se passe dans la pratique.

Dans deux de nos observations surtout (XV et LX),

une culture faite au moment de la sortie des malades a donné très nettement des bacilles de Loeffler. Cependant les enfants avaient eu la rougeole dans le courant de leur convalescence et aucune nouvelle poussée de diphtérie ne s'est manifestée.

CONCLUSIONS

1^o Toute rougeole post-diphtérique est grave (21,9/100 de mortalité, d'après notre statistique);

2^o Le pronostic de ces rougeoles varie avec l'état antérieur plus ou moins grave et surtout avec l'intervalle de temps qui sépare le jour de l'éruption de l'infection antérieure;

3^o Il semble que la gravité des rougeoles post-diphtériques soit moindre depuis l'emploi de la sérothérapie dans les services de diphtériques;

4^o La rougeole est grave : α) parce qu'elle peut rendre hypertoxique une diphtérie d'apparence bénigne ou réellement bénigne ; β) parce qu'elle ouvre la porte à des complications nouvelles (broncho-pneumonies surtout), d'autant plus sérieuses qu'elles éclosent sur un terrain peu résistant ; γ) parce que, souvent, elle réveille des tuberculoses latentes, et qu'en affaiblissant encore davantage l'enfant, ainsi qu'en exaltant la virulence de bacilles jusqu'alors cantonnés, elle favorise la diffusion de l'infection tuberculeuse ;

5^o La diphtérie n'est que très rarement rappelée par une rougeole qui survient dans sa convalescence.

CHAPITRE III

Quelques considérations sur les récidives de la rougeole

Notre intention n'est pas de traiter d'une façon complète la question encore bien controversée des récidives de la rougeole. Mettre en relief certaines constatations, qui nous ont paru intéressantes à étudier, tel est le but que nous nous proposons.

Les auteurs du commencement du siècle ne trouvent que fort peu souvent dans leur pratique des cas de récidence de rougeole. Mais, à mesure que ces faits se sont trouvés publiés, l'attention attirée sur eux fit que l'on recherchait et que l'on remarquait un nombre plus considérable de ces observations.

Nous passerons sous silence un grand nombre d'auteurs qui ont relaté certains cas de rougeole récidivée, pour arriver à la discussion qu'a provoquée à la Société Médicale des Hôpitaux la communication des cas de MM. Chauffard et Lemoine en

1896. M. Comby (1), dans cette discussion prit nettement parti contre les récidives de rougeole et resta très sceptique à l'égard des cas relatés par MM. Chauffard et Lemoine.

Depuis quatorze ans, tant à l'hôpital qu'au dispensaire d'enfants qu'il a dirigé, cet auteur aurait vu beaucoup de rougeoles. Souvent il aurait entendu les parents parler de récurrence, mais n'en aurait jamais constaté un cas indiscutable.

Pendant un an, il a eu le pavillon d'isolement à l'hôpital Trousseau et, sur plus de 700 malades, n'a pas eu un seul cas de rougeole à rechute ou à récurrence. Il arrive à cette conclusion : les récidives de rougeole ne sont pas démontrées et, en tout cas, infiniment rares.

A M. Comby nous pouvons opposer une foule d'autres auteurs qui, eux, sont très affirmatifs.

C'est d'abord Feltz (2), médecin de l'hôpital Saint-Denis, à Paris, qui soutient que la rougeole peut atteindre deux fois le même sujet à une ou plusieurs années d'intervalle. Remignard (3), dans une thèse assez récente admet, dans ses conclusions, que non seulement la rougeole récidive mais rechute.

Paul Simon (4) soutient qu'en dehors de la confusion qui peut être faite avec la rubéole, la rougeole peut récidiver. Ces récidives seraient même plus fré-

(1) COMBY. — Société Médicale des Hôpitaux, 20 janvier 1896.

(2) FELTZ. — *Gazette hebdomadaire de Paris*, 18 octobre 1896.

(3) REMIGNARD. — Th. de Paris 1897. Des récidives et des rechutes de la rougeole.

(4) PAUL SIMON. — *Revue Médicale de l'Est*, 1892.

quentes chez l'adulte que chez l'enfant et l'immunité conférée par une première atteinte irait en s'affaiblissant avec les années. C'est, d'ailleurs, ce qui ressort de la statistique de Gassot (1) à Chevilly. Au cours de sa pratique, il a vu la rougeole récidiver en proportions différentes suivant les âges.

Sur 240 cas de rougeole, observés chez des enfants de deux à dix ans, sont survenues sept récidives.

Entre dix et vingt ans, il a observé 60 cas dont cinq récidives.

Parmi les adultes, le nombre est réduit : 9 cas, dont 7 chez des individus déjà atteints dans leur jeunesse.

Un vieillard se trouve aussi dans les mêmes conditions.

Soit :

De deux à dix ans, 240 cas et sept récidives, soit une proportion de 2,19 pour 100 de rougeoles récidives.

De dix à vingt ans, 60 cas et cinq récidives, soit une proportion de 8,33 pour 100 de rougeoles récidivées.

Dans l'âge adulte, 9 cas et sept récidives. Soit une proportion de 77,77 pour 100 de rougeoles récidivées.

Il est d'autres auteurs qui, sans nier les récidives de la rougeole, restent sur la réserve.

Grisolle (2) n'a pas constaté par lui-même de récidives de rougeole, mais il ne les croit pas impossibles.

(1) GASSOT. — *Gazette des Hôpitaux*, 1874, p. 186.

(2) GRISOLLE. — *Traité de Pathol. int.*, 9^e édition, Paris.

Pour Sanné (1), il existe des cas, répondant à la récurrence de la rougeole ; il les signale, mais lui-même n'en a pas d'exemple dans sa pratique.

Cette fameuse discussion qui a eu lieu, en 1896, à la Société Médicale des Hôpitaux, ces opinions si différentes d'auteurs, également autorisés, nous montrent combien la question des récurrences de la rougeole est loin d'être tranchée.

On peut trop facilement mettre en doute les détails donnés par les parents sur la première maladie de leurs enfants. De plus, les éruptions rubéoliformes sont nombreuses. Les observations les mieux prises n'ont pas été faites en prévision d'une récurrence de rougeole et il est facile à l'argumentateur de les trouver incomplètes sur certains points auxquels, lui, il attache une grande importance.

Quoiqu'il en soit, des récurrences de rougeole existent certainement. Un même individu peut subir deux à trois fois l'infection morbillieuse (Remignard). (2)

Les récurrences de rougeole, d'ailleurs, comportent une explication plausible, d'accord avec les enseignements de la pathologie générale.

Une atteinte antérieure, même légère, confère l'immunité, généralement pour toute l'existence, ou tout au moins une période de temps très prolongée. Cet état réfractaire s'établit sans laisser de traces appréciables à nos moyens d'investigation, qu'un état

(1) SANNÉ. — Art. *Rougeole* du Dictionnaire des Sciences Médicales de Dechambre.

(2) REMIGNARD. — Des récurrences et des rechutes de la rougeole. Thèse de Paris, 1897.

particulier du sérum qui, dans certains cas, peut être employé lui-même à titre préventif.

« A de rares exceptions près, dit Girode (1), la rougeole, la fièvre typhoïde, les oreillons, etc... guérissent et ne récidivent pas. Dans la lutte, que l'organisme a soutenue contre ces maladies, nos cellules, nos humeurs ont acquis de nouvelles propriétés; c'est ainsi qu'on peut voir les microbes eux-mêmes subir, sous l'action d'influences physico-chimiques ou physiologiques, des modifications qui caractérisent l'atténuation des virus.

« Toutefois, ce serait mal connaître l'énergie du mouvement nutritif que de considérer ces changements comme immuables. Les cellules organiques, comme les bactéries, tendent à reproduire dans les générations successives, le type ancestral dégagé des influences contingentes, qui ont pu l'altérer temporairement. L'impulsion pathologique, donnée à la nutrition par la maladie infectieuse, tend de même à s'éteindre pour laisser reparaitre les caractères organiques primitifs. Cette restitution anatomique et physiologique replace la cellule vivante dans les mêmes conditions de réceptivité par rapport à l'envahissement des germes.

« Ainsi se trouve expliquée la récurrence de quelques maladies microbiennes. »

L'immunité conférée par une maladie antérieure,

(1) J. GIRODE. — In *Traité de Médecine et de Thérapeutique* Paris, 1895, tome I.

peut donc s'éteindre avec les années. Mais il y a bien d'autres causes qui expliquent la réceptivité de l'organisme déjà immunisé.

Au point de vue absolu, en effet, un organisme n'est jamais réfractaire à l'invasion d'une affection microbienne. Tel animal qui jouit de l'immunité vis-à-vis d'une infection donnée, peut cependant en être atteint, si on amène le sujet en expérience dans un état profond d'affaiblissement.

De l'avis de la plupart des auteurs, il existe donc des récidives de rougeole. Ces récidives sont d'ailleurs, fort bien expliquées et ne semblent pas en désaccord avec ce qu'enseigne la pathologie générale.

Dans les observations que nous présentons dans notre travail, nous avons 11 cas de rougeole récidivée.

Ce sont les observations VI, XLI, XLIV, XLVII, XLVIII, LIII, LVII, LXIV, LXXV, LXXVII, LXXX.

Sur ces onze enfants, quatre ont 3 ans $\frac{1}{2}$; deux, 4 ans; deux, 7 ans; l'un, 5 ans; les deux derniers sont âgés respectivement de 2 ans et 2 ans $\frac{1}{2}$.

Dans quatre cas, la récidive s'est produite un an après la première atteinte. Dans les autres cas, c'est sept mois, un an et $\frac{1}{2}$, 2 ans et $\frac{1}{2}$, 3 ans après la première atteinte de rougeole que la récidive s'est manifestée.

Sur 87 cas de rougeoles nous avons donc 11 récidives et toutes chez des enfants dont l'âge ne dépasse pas 7 ans. Soit chez des enfants de 2 à 10 ans, une proportion de 12,6 0/0 de rougeoles récidivées.

Cette proportion se trouve bien au-dessus de celle que nous donne la statistique de Gassot (2,9 0/0) chez des enfants du même âge.

Comment expliquer que la proportion de rougeoles récidivées soit aussi élevé dans un service de diphtériques ?

D'ordinaire, la deuxième éruption apparaît des années après la première qui a eu lieu dans l'enfance, tandis que la seconde presque toujours a lieu à l'âge adulte. Là, un laps de temps déjà fort long s'est écoulé depuis la première atteinte et il n'y a rien d'étonnant qu'avec les années, l'immunité aille en s'affaiblissant au point de disparaître à une époque déterminée, mettant ainsi l'organisme dans des conditions favorables pour subir une nouvelle infection.

Mais, dans les cas que nous présentons, les récidives se sont manifestées de une à trois années après la première atteinte. Entre les deux éruptions, il ne s'est écoulé qu'un temps relativement fort court, et il serait difficile d'admettre que l'immunité ait disparu aussi rapidement, sans qu'il soit possible d'invoquer une cause qui ait pu jouer un rôle adjuvant.

Ne serait-ce pas la diphtérie qui ferait perdre l'immunité conférée par une première atteinte de la rougeole ? Nous avons songé à cette hypothèse et nous ne croyons pas qu'elle soit trop surprenante.

N'avons-nous pas parlé précédemment de ces états réfractaires qui se perdent quand l'organisme est affaibli ?

Que l'immunité se perde avec les années, voilà de

quoi expliquer les récurrences qui se produisent à l'âge adulte. La statistique de Gassot nous a, d'ailleurs, montré, d'une façon très nette, combien la proportion de rougeoles récidivées croissait avec l'âge.

Mais, quand ces récurrences se produisent à si brève échéance (de 7 mois à 2 ans après la première atteinte), uniquement chez des enfants et surtout dans la convalescence d'une diphtérie, quand ces récurrences se montrent dans la proportion de 11,49 0/0 n'y a-t-il pas lieu de croire que la diphtérie est la cause qui aura remplacé l'organisme dans des conditions favorables de réceptivité?

CHAPITRE IV

Contribution à l'étude du mode de propagation de la rougeole

Pendant notre séjour dans le service des diphtériques, nous avons pu suivre bien à notre aise la marche qu'affectait la rougeole dans sa propagation. A maintes reprises nous avons vu cette maladie respecter les lits voisins du foyer de contagion et frapper au hasard les enfants dans des salles voisines et souvent fort éloignées de la première.

Justement frappé de cet état de choses, nous avons voulu en rechercher l'explication. Diverses expériences que nous avons faites nous ont amené à des résultats que nous exposerons plus loin.

Actuellement on admet deux modes de contagion de la rougeole : la contagion directe (air) et la contagion indirecte par une tierce personne.

En 1889, cette question de la propagation de la rougeole donna lieu à de vives discussions au sein

de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Le professeur Grancher prit nettement parti pour la théorie de la contagion par des tierces personnes ou objets. Il rapporta un cas que nous croyons assez concluant. Le voici, tel qu'il fut cité par Grancher.

A l'hôpital des Enfants-Malades, Mme Augier, surveillante du service des rougeoles, est atteinte elle-même de la rougeole. Elle est alitée dans une chambre qu'un palier d'escalier et deux portes séparaient d'une partie du service, dite salle des berceaux. L'autre surveillante qui la soignait passait plusieurs fois par jour de la chambre de sa collègue dans le service. Bientôt la rougeole éclata dans la salle des berceaux.

Pour Sevestre, qui fut le contradicteur du professeur Grancher dans cette discussion, c'est l'air atmosphérique qui est le coupable. Les germes morbillieux proviendraient des bronches et seraient projetés à une certaine distance avec l'air expiré, principalement dans les secousses de toux. Cet air, chargé des principes infectieux, se mélangerait à l'air ambiant et le vicierait dans un certain rayon. D'où la création, tout autour du foyer de contagion, d'une zone dangereuse qui ne s'étendrait pas très loin et ne dépasserait guère quelques mètres.

La conclusion qu'il convient de tirer de la théorie de Sevestre, c'est que les seuls lits, voisins de la source de contagion sont atteints.

L'auteur apporte une constatation à l'appui de la théorie qu'il soutient.

« A l'hospice des Enfants-Assistés, la grande salle

« de l'infirmerie mesure 10 mètres de largeur, c'est-
« à-dire que les enfants qui sont couchés dans des
« lits disposés de chaque côté de cette salle, sont
« séparés par un intervalle de 8 à 9 mètres. Or, ja-
« mais, je n'ai vu la rougeole se transmettre d'un
« côté à l'autre de la salle, quand il y a eu à plusieurs
« reprises des cas de contagion d'un lit à l'autre,
« c'est-à-dire à 2 ou 3 mètres de distance ».

La conclusion à laquelle s'est arrêté Sevestre est la suivante : La rougeole doit être très rarement transportée par des tierces personnes ou objets.

Dans la grande salle de l'infirmerie, à l'hospice des Enfants-Assistés, les enfants placés à l'extrémité de la salle ou dans des salles voisines ne prennent pas la rougeole, bien qu'ils reçoivent les soins de la même surveillante. Il n'a vu qu'un seul cas qui fasse exception à cette règle et encore ne le croit-il pas très positif.

Maurice Mercier (1), médecin-major de 1^{re} classe, a étudié la propagation de la rougeole dans l'intérieur des casernes.

Le contage morbillieux se trouverait dans l'exhalation des poumons, dans les crachats, les sécrétions nasales et conjonctivales. Toutes ces sécrétions se dessèchent, se transforment en poussière, sont entraînées par les courants d'air pour aller tomber sur des lits souvent fort éloignés. Ainsi, d'après Mercier, se trouveraient expliqués les cas de rou-

(1) *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, Paris, 24 octobre 1896.

geole qui éclatent dans des chambrées voisines.

L'auteur rapporte le fait suivant : Une épidémie de rougeole ayant éclaté dans l'étage supérieur de la caserne, on vit apparaître plus tard des cas au 1^{er} et au 2^e étage dans les lits placés à proximité des fenêtres. Il donnait de ce fait l'explication que voici : les balayages ont lieu à sec dans les chambrées ; les soldats jettent le plus souvent les poussières par la fenêtre ; ces poussières, chargées du contagion morbilleux, auraient été soulevées par le vent, et seraient venues se déposer sur les lits placés à proximité des fenêtres des 1^{er} et 2^e étages pour les contagionner.

On voit combien de causes multiples sont mises en avant tour à tour pour expliquer la contagion de la rougeole. Que l'air soit un des agents vecteurs du contagion morbilleux, nous voulons bien l'admettre, mais il est des cas où il faut éliminer l'air pour faire entrer en cause d'autres agents de contagion indirecte.

C'est ce qui semble, d'ailleurs, ressortir des recherches que nous avons entreprises dans le service des diphtériques.

Le 7 avril 1899, quand nous assumions, comme externe, le service des diphtériques, nous fûmes très étonné, un matin, de constater un cas de rougeole chez un enfant en convalescence de diphtérie. Notre étonnement était d'autant plus grand, qu'il nous était difficile de remonter à la source de la contagion.

C'est alors que notre maître, M. Rabot, nous fit

NORD

Cour des Vieillards. — OUEST

LOCAUX AFFECTÉS
AUX
DIFFÉRENTS SERVICES

A

15 14 13 12 11

6 7 8 9 10

5

4 3 2 1

SALLE
D'OPÉRATIONS

Vestiaire

Vestibule avec
Vaporisateur

COULOIR CENTRAL. — Largeur : 3 mètres

MIDI

55 54 52 52
56
52 51 50

E

46 45 48 49

45 44 41

D

33 43 40
33 34 35 36 37
31 30 29 28

C

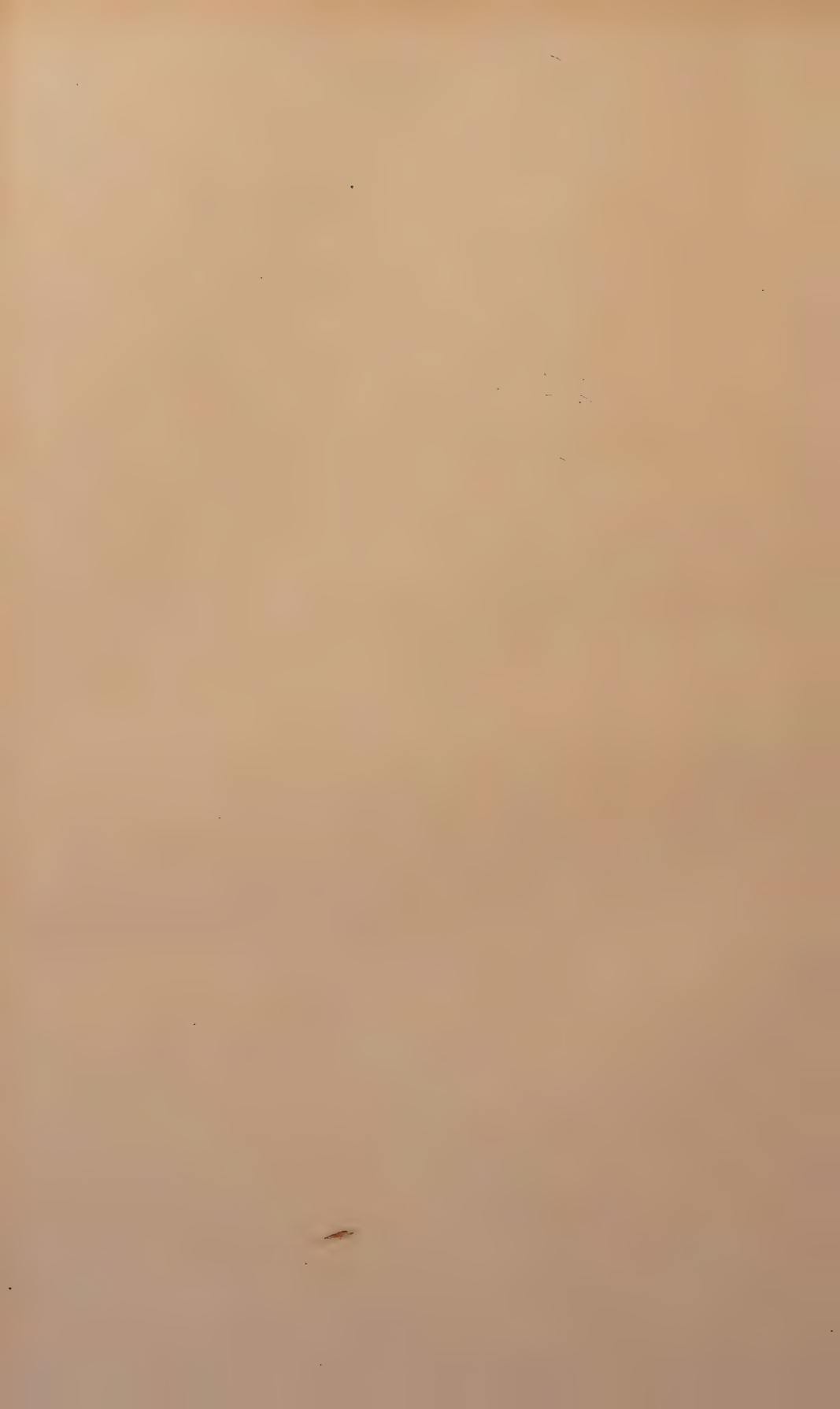
24 25 26 27
23 22 21 20

B

16 17 18 19

EST. — Quai de la Charité

SALLES DE DIPHTÉRIQUES (Entrée) Hospice de la Charité de Lyon



observer combien il était frappé, depuis son entrée dans le service, de la marche désordonnée qu'affectait la rougeole dans sa propagation. Le plus souvent, les enfants couchés dans les lits voisins de celui du contagieux, n'étaient point atteints. On voyait des cas de rougeole se manifester dans des salles voisines et souvent fort éloignées de la première. A ce propos notre maître se demandait avec juste raison s'il n'était pas permis d'incriminer le personnel chargé de la surveillance des enfants. Il nous chargea alors d'étudier d'une façon toute spéciale la marche que la rougeole allait suivre dans l'épidémie qui venait s'offrir à nous tout fortuitement.

Avant d'exposer nos recherches et nos constatations, nous croyons utile de donner un aperçu du service des diphtériques.

Le service des diphtériques occupe, dans l'hospice de la Charité de Lyon, un bâtiment éloigné de tous les autres services et sans relation avec eux. Un vestibule, dont l'air est constamment saturé de vapeurs phéniquées, puis, lui faisant suite, un large et long corridor le long duquel sont disposées cinq salles : tel est l'aspect général du service,

En entrant on trouve à sa gauche, la salle A composée de 15 lits ; c'est la salle des croups. A droite et en se dirigeant vers le fond du corridor, on rencontre successivement la salle B (douteux garçons), la salle C (douteux filles), la salle D (angines diphtériques filles) et la salle E (angines diphtériques filles).

Tel est, résumé très succinctement, l'état des lieux

qui ont servi de champ à nos observations et à nos expériences.

Pour la facilité de la description, nous diviserons l'épidémie de rougeole qui a sévi pendant l'année 1899, dans le service des diphtériques en 3 phases :

A). — *1^{re} phase.* — Pour juger de la marche irrégulière de la rougeole, on laisse l'épidémie suivre son cours sans prendre aucune mesure d'isolement et sans affecter d'infirmières spéciales aux contagionnés.

B). — *2^e phase.* — Les rougeoles sont isolées dans une salle spéciale (salle E), avec une infirmière spécialement chargée de leur donner des soins et ne passant dans les autres salles sous aucun prétexte.

C). — *3^e phase.* — Les petits rubéoliques sont isolés ou mieux cantonnés dans un coin de salle avec une infirmière, chargée encore tout spécialement de leur donner des soins.

A. — 1^{re} PHASE.

Le premier cas de rougeole que nous avons eu à constater, en 1899, se manifesta, le 7 avril, chez une petite fille de 3 ans 1/2 en convalescence de diphtérie. Elle se trouvait couchée au n° 1 de la salle A (Obs. 72).

Les sœurs infirmières, n'ayant reçu aucun ordre, assuraient le service comme d'ordinaire, passant d'un enfant à l'autre. Quant à nous, chaque matin à

la visite, nous surveillions avec soin les moindres symptômes qui pouvaient nous mettre sur les traces d'une rougeole à son début.

Au bout des deux septénaires habituels de la période d'incubation et d'invasion (18 avril), un nouveau cas éclata, non pas, comme nous nous y attendions, dans la même salle et surtout dans les lits voisins du foyer de contagion, mais dans une salle voisine, au n° 39 de la salle D (Obs. 73).

Du 18 avril au 20 mai, aucun nouveau cas ; l'épidémie semble s'être arrêtée.

Le 20 mai, entre dans la salle A (lit n° 4), un enfant (Obs. 77) présentant avec une angine diphtérique et un croup assez accentué, du coryza et du larmolement. Le 22 mai, il présente sur tout le corps, une belle éruption rubéolique.

Environ quinze jours après, trois nouveaux cas.

Les 2 et 5 juin, deux cas aux n°s 6 et 14 de la salle A et, le 6 juin, un cas au n° 53 de la salle E (Obs. 74, 76 et 78).

Là s'arrête la première phase. On a pu constater la marche bizarre que la rougeole a affectée dans sa propagation. A partir de ce moment, on va commencer l'isolement dans la salle E.

B. — 2° PHASE.

Par suite de la présence de rougeoleux dans la salle A et dans la salle E, les enfants de ces deux salles doivent être tenus pour suspects.

Aussi transporte-t-on les enfants de la salle A

dans la salle E, qui devient, par le fait, une salle d'isolement.

Deux infirmières sont spécialement chargées de leur donner des soins et ne passent dans les autres salles, sous aucun prétexte. Des sarreaux sont spécialement affectés à ce service d'isolement.

Les deux rubéoleux de la salle A sont placés dans les lits n^{os} 54 et 52, de chaque côté du petit rubéoleux de la salle E.

Au bout des deux septénaires, quatre nouveaux cas de rougeole éclatent, le 16 juin, aux numéros 55 et 57, c'est-à-dire dans des lits se trouvant placés à environ 1 mètre du foyer de contagion; le 17 juin au n^o 47 et le 20 juin au n^o 49.

Ces quatre cas de rougeole seront les derniers et par suite du blocus de cette salle, l'épidémie va s'arrêter.

Réflexions. — Nous tenons à mettre en relief certains faits qui résultent de cette expérience. Remarquons d'abord que nous avons tenu à créer un foyer unique de contagion, en ne disséminant pas les 3 rubéoleux dans la salle E, mais en les rassemblant dans un coin.

Cette source de contagion a été fertile. Deux enfants, placés dans la zone dangereuse (théorie de la contagion par l'air) ont été atteints par la rougeole, en même temps que deux autres couchés dans des lits placés à 7 mètres des trois rubéoleux.

La rougeole n'apparaît plus dans les autres salles du service et l'épidémie s'arrête.

En comparant les deux premières phases de nos observations, la première idée qui vient à l'esprit, c'est que les sœurs infirmières doivent jouer un rôle certain et important dans la dissémination de la rougeole.

Dès l'abord, on ne prend aucune mesure, on agit comme si le personnel du service ne comptait pas dans le transport du contagé morbilleux et on assiste à ce qui se passe. Ce qu'avait vu, dans les années précédentes, notre maître, M. Rabot, nous le voyons de nouveau. La rougeole frappe au hasard et sans qu'on puisse rien prévoir, tantôt dans la même salle, loin ou près du foyer de contagion, tantôt dans une autre salle, puis dans une troisième, enfin dans deux salles à la fois.

Plus tard, nous isolons, dans la salle E, tous les enfants suspects de contagion. Nous assistons, alors à un tout autre spectacle.

De nouveaux cas de rougeole n'apparaissent plus dans les autres salles, depuis que deux infirmières sont spécialement affectées au service d'isolement, et que les précautions antiseptiques sont prises (sarreaux changés à l'entrée et à la sortie de la salle, et toilette des mains faite à la sortie de cette même salle). Mais, des cas de rougeole se sont manifestés dans la salle E, les uns près, les autres assez loin du foyer de contagion.

C. — 3^{me} PHASE.

Dans cette troisième phase nous bloquons une partie de la salle A (lits nos 1, 2, 3, 4, 5). C'est le

hasard qui nous a favorisés, dans ces dernières recherches.

Vers la fin de juillet, un soir, entrant dans le service des dipthériques, un petit enfant présentant un tirage intense. Le tubage fut immédiatement pratiqué. L'enfant, présentait en outre, du coryza, du larmoiement et un peu d'angine. L'interne du service eut des doutes sur la nature vraie de ce croup, mais néanmoins admit l'enfant dans la salle A (n° 2).

Le lendemain matin, les doutes ne firent que s'accroître, et le petit malade fut dirigé sur le service des rougeoles.

Par mesure de précaution, on fit le blocus de ce coin de salle, et une infirmière fut spécialement chargée de surveiller ces enfants et de leur donner des soins.

Trois cas de rougeole se manifestèrent le 9 août aux n°s 1, 3 et 4.

Le 2 août, un enfant entre dans le service et est placé dans le lit n° 2 (Obs. 86).

Deux jours après, entrée d'un nouvel enfant, qu'on place au n° 5.

La sœur, tout en continuant à s'occuper des trois cas de rougeole, étend ses soins aux enfants couchés dans les lits n°s 2 et 5.

Le 21 août, ces deux enfants sont, à leur tour, atteints de rougeole. Ce sont les deux derniers cas, et l'épidémie s'arrête.

Réflexions: Ici, ce n'est pas un blocus total, mais partiel de salle qu'on a fait. Notre méthode d'isolement se rapproche de la méthode d'isolement sur

place, préconisée par M. Grancher. Là encore, tout comme dans le procédé d'isolement, dans la salle E, l'épidémie s'est arrêtée. Les cinq enfants seuls, surveillés par l'infirmière, ont eu la rougeole ; aucun cas n'apparaît chez les autres enfants de la même salle et des salles voisines. Nous croyons devoir rappeler que, dans l'expérience d'isolement, dans la salle E, la religieuse donnait ses soins à tous les enfants de la salle. Aucun cas nouveau n'apparut dans les salles voisines, mais dans la salle E, la rougeole frappa des enfants, les uns placés près, les autres loin du foyer de contagion.

En résumé, dans une première phase, la rougeole affecte une marche bizarre, désordonnée, défiant toute prévision. L'idée que peut-être les sœurs et le personnel médical du service seraient une explication suffisante à cet état de choses vient à notre esprit.

Nous entreprenons des expériences d'isolement, avec l'idée préconçue que les sœurs transportent le germe morbilleux. Ces infirmières sont tout spécialement affectées aux soins des contagionnés, ne font pas autre chose, n'ont pas de communication avec les autres enfants. Le personnel médical, dans ses visites journalières, prend toutes les précautions antiseptiques d'usage, quand il se trouve dans ces quartiers d'isolement. Par deux fois, toute cette série de mesures bien exécutées a arrêté définitivement l'épidémie intérieure de rougeole.

Nous savons qu'on peut opposer à nos recherches la théorie du Dr Maurice Mercier, médecin-major de

première classe (contact morbilleux se trouvant dans les poussières et pouvant être transporté au loin par les courants d'air).

Cette thèse est très ingénieuse et repose sur un fondement sérieux. Dans les recherches que l'auteur a entreprises dans différentes casernes, les poussières, soulevées par des balayages à sec et entraînées par les courants d'air qui se produisent toujours dans l'aération des chambrées expliquent parfaitement le transport de la rougeole loin du foyer de contagion.

Mais en est-il de même dans le service des diphtériques? Là, pas de balayages à sec. Les poussières, qui reposent sur les parquets, sont enlevées chaque matin avec des linges mouillés. C'est donc plutôt un lavage qu'un vrai balayage. Il ne peut exister de courants d'air, car, au moment de l'aération, les portes des diverses salles se trouvent fermées et, par suite, tout appel d'air est impossible. De plus, les portes ne se trouvent pas placées les unes en face des autres. Enfin, s'il faut invoquer les courants d'air pour expliquer la marche désordonnée de la rougeole, au début de nos recherches, pourquoi, les conditions n'ayant pas changé, la contagion aurait-elle été si bien limitée, au moment de nos expériences d'isolement.

Toute cette discussion ne fait encore que mieux ressortir le rôle réellement prépondérant que jouait le personnel hospitalier et médical dans la dissémination du contage morbilleux.

Cependant, nous ne devons pas nier que l'air am-

biant, chargé des germes morbillieux, ait été pour quelque chose dans la contagion, par exemple dans les cas où les enfants se trouvaient couchés dans des lits voisins du foyer de contagion. Encore devons-nous croire que, là, les deux modes de contagion directe et indirecte se mélangeaient dans des proportions que nous ne saurions définir.

Il est encore une objection que nous prévoyons et, certes, elle n'est pas dénuée de fondement. On peut nous dire que les allées et venues des enfants d'une salle dans une autre expliquent suffisamment la marche désordonnée de la rougeole dans le service des diphtériques. Un enfant peut, en effet, fort bien aller se contagionner auprès d'un petit rubéolique d'une salle voisine. Nous n'avons pas l'intention de nier le moins du monde la valeur de cet argument. Peut-être certaines épidémies intérieures dans les hôpitaux peuvent s'expliquer de cette façon. Mais, dans le service des diphtériques, les enfants sont tous couchés. De plus, les sœurs veillent à ce que les enfants d'une salle restent dans la leur et n'aillent pas dans une autre.

CHAPITRE V

Observations

ANNÉE 1890

OBSERVATION I

André J..., 3 ans.

Entre à la Charité le 28 janvier avec tirage intense et croup.
La trachéotomie est pratiquée immédiatement.

Le 17 février. — Rougeole. Le pouls est petit, filiforme. Le teint est plombé; Coma; l'enfant meurt au milieu de quelques petites crises convulsives.

OBSERVATION II

Fernand G..., 2 ans.

Entre le 6 mars avec une angine diphtérique avec fausses membranes abondantes sur les deux amygdales. Peu d'engorgement ganglionnaire. Température 40° 5.

Le 7 mars. — Rougeole.

Le 8 mars. — Mort.

OBSERVATION III

F... Marius, 2 ans.

Croup et tirage (28 janvier). — Trachéotomie.

Le 31 janvier. — Rougeole. La dyspnée est intense. On constate des signes très nets de broncho-pneumonie.

Le 7 février. — Mort.

OBSERVATION IV

N... Jeanne, 4 ans.

Entre le 26 mars avec une angine à fausses membranes jaunâtres. Engorgement ganglionnaire intense et diffus Température: 40°.

Le 27 mars. — Eruption de rougeole.

Le 28 mars. — Aggravation rapide général. Pas de symptômes de croup. Pas de signes de broncho-pneumonie. Teint plombé Pouls petit. Mort dans la nuit.

OBSERVATION V

A... Catherine 21 mois.

Bonne santé habituelle. Pas de contagion connue. Début, il y a 2 jours. Tirage sus et sous sternal. Un peu d'angine diphtérique.

Trachéotomie à l'entrée le 10 décembre.

Le 13 décembre. — Rougeole.

Le 15 décembre. — Mort.

ANNÉE 1891.

OBSERVATION VI

V... Jeanne, 4 ans. Angine diphtérique. Croup. Rougeole.

Bonne santé habituelle. La malade a eu la rougeole autrefois. Pas de contagion apparente. Début il y a 4 jours. Pas de traitement.

Le 11 juillet, la malade entre dans le service avec une amygdalite double, mais peu marquée, du tirage, voix éteinte et toux croupale. Deux accès de suffocation dans la journée.

Le 27 juillet. — Tirage et dyspnée moins marqués. L'enfant s'amuse. Pas d'albumine dans les urines. Bon état général.

Le 27 juillet. — Râles et souffle de broncho-pneumonie.

Le 29 juillet. — Catarrhe oculo-nasal et éruption rubéolique

Le 12 août. — Sortie avec guérison.

ANNÉE 1892

OBSERVATION VIII

M.... Marguerite-Pierrette, 2 ans 1/2.

Entre le 4 février dans la salle des diphtériques.

Plaques jaunâtres et assez larges sur les deux amygdales. Adénite de moyenne intensité.

Le 6 février. — L'angine s'est étendue. Plaques très adhérentes. Bacilles de Lœffler à la culture.

Le 27 février. — Eruption de rougeole, allant en s'accroissant.

Le 3 mars. — L'enfant meurt avec des signes de broncho-pneumonie.

OBSERVATION VIII

G.... Henriette, 2 ans 1/2. A un frère dans le service.

Entre le 19 avril avec du tirage. Angine sans fausses membranes. Trachéotomie. Rejet de fausses membranes par la canule. Une heure après, l'enfant est tranquille et paraît soulagée.

Le 21 avril. — La nuit a été agitée. La canule donne peu. Le nez coule. Le cou est gonflé.

Le 23 avril. — Ablation de la canule.

Le 25 avril. — Eruption de rougeole.

Le 27 avril. — Pâleur, coma, quelques crises convulsives, qui emportent l'enfant.

OBSERVATION IX

M.... Henriette-Marie, 3 ans 1/2.

Entre dans le service le 25 avril. Début de la maladie, il y a 4 jours. Fausses membranes grisâtres tapissant les bords de l'orifice pharyngé. Pas d'adénite notable. Albumine dans les urines.

Le 9 mai. — Eruption rubéolique très nette. Passe dans la salle des rougeoles, et en sort complètement guérie le 25 mai.

OBSERVATION X

M... Cécile, 11 ans.

Entre le 28 avril dans le service.

Début, il y a 24 heures. Etait à l'école de la rue Vieille-Monnaie. Pas de contagion connue. Pas d'adénite notable. Dépôts irréguliers, jaunâtres, à la face interne de chaque amygdale. Bacilles de Lœffler.

Le 29 avril. — Adénite parotidienne. Angine avec rougeur intense.

Le 2 mai. — Eruption de rougeole débutant par la face.

Le 3 mai. — Passe à la salle des rougeoles.

Le 17 mai. — Sortie avec guérison.

OBSERVATION XI

P... Louis, 4 ans.

Entre, le 14 décembre, dans le service avec angine diphtérique.

Le 15 décembre. — Tirage, trachéotomie.

Le 19 décembre. — La canule est enlevée, puis replacée le jour même et enlevée à nouveau le 20.

Le 20 décembre. — Eruption rubéolique.

Le 21 décembre. — L'enfant a passé une nuit très agitée. Le matin, très mauvais état général. Teint plombé. Pouls petit, filiforme, incomptable. Mort dans le coma.

ANNÉE 1893.

OBSERVATION XII.

L... Georges, 3 ans.

Diphtérie. Croup. Tirage intense à l'entrée, le 14 mars. Trachéotomie faite immédiatement par M. Rabot.

Le 14 mai. — Eruption rubéolique. Convalescence sans complications. Sort de la Charité complètement guéri.

OBSERVATION XIII.

B..., Antonin, 3 ans 1/2.

Entre le 24 mars dans le service.

Début il y a quatre jours par angine avec fausses membranes. Amené avec du tirage, il est tubé immédiatement. Le tube est rejeté. La trachéotomie est pratiquée.

Le 25 mars. — Nuit bonne. Rejet de fausses membranes par la canule.

Le 28. — Ablation de la canule.

Le 11 avril. — Rougeole.

Le 24 mai. — Sortie en pleine guérison.

OBSERVATION XIV.

D..., Pauline-Gabrielle, 4 ans 1/2.

Entrée le 27 mars dans le service.

Diphtérie. Croup. Tirage intense. Tubage. Rejet du tube. Nouvel essai de tubage. Le tube ne peut être mis en place. L'enfant est transportée en plein état d'asphyxie à la salle d'opération, où M. Rabot pratique immédiatement la trachéotomie.

Le 16 avril. — Rougeole.

Le 29 mai. — Sortie avec guérison.

OBSERVATION XV.

E..., Marius, 3 ans.

Le 8 avril. — Entrée avec angine à fausses membranes. Bacilles de Loeffler.

Le 23 avril. — Les amygdales sont rouges et tuméfiées. Le voile du palais est un peu rouge. Conjonctivite. Ecoulement nasal. Eruption sur le menton.

Le 24 avril. — Légère éruption rubéolique à la face et à la poitrine.

Le 25. — Elle est généralisée.

Le 4 mai. — L'enfant est emmené par les parents. La santé est bonne. Bacilles de Loeffler encore dans la gorge et les fosses nasales.

OBSERVATION XVI.

M..., Jeanne-Pauline, 3 ans.

Entre le 9 avril dans la salle des diphtériques.

On remarque quelques fausses membranes sur les amygdales et dans les fosses nasales. Bacilles de Loeffler.

Evolution simple de l'angine.

Le 26 avril. — Rougeole.

Sort guérie le 15 mai.

OBSERVATION XVII

D..., Charles, 4 ans.

Entré à la Charité le 3 avril.

Aucune maladie antérieure. Angine à fausses membranes. Une culture donne des bacilles de Loeffler et quelques streptocoques.

Albumine dans les urines.

Le 20 avril. — Eruption rubéolique à la face.

Le 22 avril. — Elle est complète et étendue sur tout le corps.

Le 24 juillet. — Sortie avec guérison.

OBSERVATION XVIII

D..., Emile-François, 25 mois.

Entré à l'hôpital le 16 novembre.

L'enfant vient avec une angine assez vive et du tirage. Il a une sœur morte dans le service.

Le tubage soulage les phénomènes d'asphyxie. Bacilles de Lœffler à la culture.

Plus tard, paralysie des membres inférieurs.

L'enfant est contagionné dans le service; prend la rougeole à laquelle il succombe ; mais il avait été auparavant guéri de sa diphtérie.

ANNÉE 1894

OBSERVATION XIX

G..., Victoria, 4 ans 1/2.

Le 8 juin. — Angine diphtérique. Bacilles de Lœffler à la culture. Allait à l'école de la rue de la Charité (plusieurs cas de diphtérie dans le quartier).

Toux éteinte et rauque. Arrière-gorge tapissée de fausses membranes blanchâtres. Pas d'engorgement ganglionnaire. Respiration relativement facile.

Pas d'albumine dans les urines.

Le 20 juin. — Rougeole généralisée.

Le 6 juillet. — Sortie avec guérison.

ANNÉE 1895

OBSERVATION XX

P..., Marie, 3 ans.

Le 3 février. — Entre à la Charité.

Début de la maladie, il y a 4 jours par un violent mal de gorge.

Tirage, toux croupale; fausses membranes sur les deux amygdales.

Le 8 février. — On détube l'enfant.

Le 12 mars. — Rougeole.

Le 3 avril. — Sortie avec guérison complète.

OBSERVATION XXI

B..., Michel, 3 ans.

Le 3 février. — Entrée.

Début de la maladie, il y a 4 jours, par toux croupale et accès fréquents de suffocation.

L'enfant arrive dans un état très avancé d'asphyxie. Le tubage est pratiqué et la respiration se rétablit peu à peu.

Le 4 février. — Malgré le tubage, nouvel accès de suffocation pendant la nuit. Cet accès ne dure que fort peu de temps.

Le 6 février. — La température étant toujours très élevée, on fait prendre des bains, et la température baisse.

Le 10 février. — Détubation spontanée.

Le 14 mars. — Rougeole.

Le 7 mai. — L'enfant sort complètement guéri.

OBSERVATION XXII

G..., Marie, 4 ans.

Le 25 février. — Entrée dans le service.

Pas de maladies antérieures.

Début de l'affection actuelle, il y a huit jours, pour toux rauque et difficulté de la déglutition.

Fausses membranes sur les amygdales. Une culture donne des bacilles de Lœffler.

Le 26 février. — Injection du sérum de Behring. Rejet de nombreuses fausses membranes.

Le 14 mars. — Rougeole.

Le 15 mars. — La poitrine est pleine de râles de bronchite. Nombreux vomissements.

Le 6 avril. — Sortie avec guérison.

OBSERVATION XXIII

C..., Louis-Lucien. 13 ans et 1/2.

Le 26 février. — L'enfant rentre dans le service, où il avait fait, il y a déjà quelques jours, un séjour de 40 jours pour une diphtérie.

Il présente une toux rauque ; sur les deux amygdales fausses membranes grisâtres.

Le 14 mars. — Rougeole.

Le 21 avril. — Sortie en pleine guérison.

OBSERVATION XXIV

G..., Paul, 2 ans.

Le 5 mars. — Entrée dans le service.

Début de la maladie, il y a 15 jours, par de la toux, qui est devenue croupale depuis 3 jours seulement. Il y a des cas de diphtérie dans le quartier.

Tirage à l'entrée. Intubation. Pas de fausses membranes dans la gorge. Une culture donne des bacilles de Loeffler.

Le 10 mars. — On détube le malade.

Le 25 mars. — Rougeole.

Le 11 avril. — Sortie avec guérison.

OBSERVATION XXV

C..., Marius, 16 mois.

Entré dans le service le 6 mars.

Début par coryza avec écoulement muco-purulent et fétide. Puis toux croupale et signes de broncho-pneumonie. Plaques blanches dans la gorge.

Le 23 mars. — Rougeole.

Le 5 avril. — Tubage, le tirage étant très marqué, et l'asphyxie prononcée.

Le 6 avril. — Mort.

OBSERVATION XXVI

C., Marius, 6 ans.

Entre dans le service le 29 juin. Malade depuis 8 jours. Voix rauque; toux croupale. Intubation, le tirage étant très marqué. Bacilles de Lœffler dans la culture.

Le 1^{er} juillet. — L'enfant crache son tube.

Le 20 juillet. — Rougeole.

Le 31 août. — Sortie avec guérison.

OBSERVATION XXVII

B., Antoine, 1 an 1/2.

Le 2 juillet. — Etait sorti du service guéri d'une diphtérie. Entre de nouveau pour une nouvelle angine diphtérique.

Le 14 août. — Rougeole.

Sort guéri le 3 novembre.

OBSERVATION XXVIII

P., Joannès, 2 ans.

Le 5 août. — Entre avec une angine à fausses membranes, tapissant toute l'arrière-gorge. Adénopathie double volumineuse. Bacilles de Lœffler. Epais disque d'albumine.

Le 28 juillet. — Eruption de rougeole à son maximum d'intensité.

Le 15 septembre. — Sort complètement guéri.

OBSERVATION XXIX

C., Joannès, 6 ans.

Le 10 décembre, vient de Saint-Augustin, où il a pris brusquement du tirage. Il crache son tube peu de temps après. Nouveau tubage, nouvelle détubation spontanée; ceci se reproduit plusieurs fois.

Après 26 jours de tubage, il crache son tube.

Le 22 janvier 1896. — Rougeole.

Le 23. — Il est envoyé aux rougeoleux où il guérit sans complication.

OBSERVATION XXX

V....., Lucien, 1 an et 1/2.

Le 11 décembre, angine légère. Bacilles de Loeffler. Un peu d'écoulement nasal.

Le 23 janvier 1896, rougeole, qui évolue normalement et guérit sans complications.

ANNÉE 1896

OBSERVATION XXXI

B....., Julie-Augustine, 26 mois.

Le 5 janvier. — Début, il y a 3 jours par angine. Elle est apportée à la Charité dans un état très menaçant d'asphyxie. Le tubage est pratiqué de suite. Le tirage disparaît, mais il reste un cornage très marqué pendant la nuit.

Le 14 février. — Rougeole.

Le 18 février. — Sortie avec guérison.

OBSERVATION XXXII

C..., Victor, 16 mois.

Rien à la gorge. Toux rauque. Tirage. Intubation qui dure six jours. Prend la rougeole dans le service. Guérit sans complications.

OBSERVATION XXXIII

G..., Théodore, 3 ans et 1/2.

Le 19 janvier. — L'enfant est amené avec du tirage, de la cyanose et du refroidissement des extrémités. Cet état nécessite une intubation immédiate.

Le 20 janvier. — L'état général est meilleur et va toujours en s'améliorant.

Le 10 février. — Quintes de coqueluche. La température a de la tendance à monter.

Le 13 février. — Eruption très nette de rougeole. Dyspnée très forte. Râles fins dans les deux poumons.

Le 20 février. — L'asphyxie a fait des progrès et l'enfant meurt.

Autopsie. — Broncho-pneumonie très accusée du lobe inférieur du poumon droit. A gauche, broncho-pneumonie et points gangréneux dans la partie supérieure du lobe inférieur. Foie gras. Reins gras. Rate normale. Cœur normal.

OBSERVATION XXXIV

N..., Léa-Jeanne, 5 ans.

Le 19 janvier. — Amenée avec une angine à fausses membranes. Bacilles de Loeffler. Adénopathie double très marquée.

Le 13 février. — Prend la rougeole dans le service et guérit sans complications. Sort le 19 mars.

OBSERVATION XXXV

P..., Antoinette, 1 an et 1/2.

Le 20 janvier. — Angine avec bacilles de Loeffler, Croup, tirage. Intubation et sérothérapie. Albuminurie passagère. Pas de paralysie.

Le 13 février. — Rougeole qui guérit sans complications.

Le 22 mars. — Sortie.

ANNÉE 1897

OBSERVATION XXXVI

M..., Marie-Louise, 3 ans.

Début, il y a deux jours par extinction de voix.

Le 10 février. — A son arrivée, un peu de tirage. Fausses

membranes sur l'amygdale gauche. Bacilles de Lœffler. Engorgement ganglionnaire bilatéral. Albumine dans les urines.

Le 22 février. — Tirage intense avec cyanose. Intubation immédiate.

Le 15 février. — Détubation.

Le 6 mars. — Rougeole.

Le 8 mars. — La température atteint 40°5. La dyspnée est intense. Râles fins dans les deux poumons.

Le 9 mars. — Mort.

OBSERVATION XXXVII

B..., Paule-Fernande, 6 ans.

Le 17 février. — Début, il y a 5 jours. A son arrivée, écoulement nasal. Les narines sont obstruées par des fausses membranes.

Fausses membranes sur les amygdales, les piliers et la luette qui est encapuchonnée. Bacilles de Lœffler.

Le 22 février. — Tout a disparu. La température est à 37° et s'y maintient jusqu'au 10 avril.

Le 14 avril. — Rougeole.

Le 9 mai. — Sortie avec guérison.

OBSERVATION XXXVIII

C..., Félix-Hippolyte, 3 ans.

Le 17 février. — Bonne santé habituelle. L'enfant est amené avec du tirage. Intubation immédiate. Gorge rouge; pas de fausses membranes. La culture donne des bacilles de Lœffler.

Le 22 février. — Détubation.

Le 11 avril. — Rougeole.

Le 21 avril. — Sortie avec guérison.

OBSERVATION XXXIX.

E..., Valentine, 2 ans.

Le 13 mars. — Début, il y a 3 jours, par mal de gorge. La

voix, d'abord claire, s'éteint peu à peu et l'enfant est amenée avec du tirage. Intubation immédiate.

Le 19 mars. — Détubation.

Le 13 mai. — Sortie avec guérison.

OBSERVATION XL.

B..., Marthe, 3 ans 1/2.

Entre le 17 mars dans le service.

Antécédents : deux pneumonies. Début de l'affection actuelle, il y a 8 jours. A son arrivée, fausses membranes dans la gorge et écoulement nasal. Bacilles de Lœffler.

Le 23 avril. — Rougeole.

Le 16 mai. — Sortie avec guérison.

OBSERVATION XLI.

C..., Hippolyte, 3 ans 1/2.

Entre dans le service le 20 mars.

Bonne santé habituelle, sauf la rougeole l'année dernière. Fausses membranes grisâtres dans la gorge. Écoulement nasal. Engorgement ganglionnaire. Bacilles de Lœffler.

Le 14 avril. — Rougeole.

Le 20 avril. — La température monte brusquement à 40°. Signes de broncho-pneumonie très nets dans les deux poumons.

Le 3 mai. — Mort.

Autopsie. — Adhérences pleurales des deux côtés. Quelques noyaux de broncho-pneumonie dans les deux poumons, qui sont surtout farcis de tubercules.

Ganglions trachéo-bronchiques, gros, un peu mous, caséeux.

Foie et reins gras et asphyxiques. Rate : grande quantité de tubercules externes et internes.

OBSERVATION XLII.

B..., Joseph, 4 ans 1/2.

Le 24 mars. — Entre dans le service.

Bonne santé habituelle, sauf une bronchite à 2 ans.

Début de l'affection actuelle, il y a 6 jours. A l'examen de la gorge, nombreux points blanc grisâtres sur les amygdales. Un peu de tirage à l'entrée. Disparition rapide de ce tirage avec le vaporisateur. Culture : grands bacilles de Lœffler sans association.

Le 4 avril. — Eruption de sérum.

Le 25 avril. — Rougeole.

Le 8 mai. — Sortie avec guérison.

OBSERVATION XLIII

A..., Léonie, 3 ans et 1/2.

Bonne santé habituelle. Pas de rougeole antérieure. Début il y a 4 jours par mal de gorge violent empêchant toute déglutition.

28 mars. — Entrée de la malade dans le service. Piliers, luette et amygdales recouverts de fausses membranes. A la culture : bacilles de Lœffler avec streptocoques.

Le 24 avril. — Rougeole.

Le 27 mai. — Sortie en pleine guérison.

OBSERVATION XLIV

G..., Lucie, 4 ans 1/2.

Antécédents : rougeole, il y a 18 mois. Début de la maladie par état maladif et souffrant et un peu de bronchite.

Le 30 mars, pas d'écoulement nasal. Le tirage apparaît ; angine antérieure bien marquée. Le tubage est pratiqué. A l'examen de la gorge, pas de fausses membranes. Culture : petits bacilles de Lœffler. Un peu d'albumine dans les urines.

Le 29 avril. — Eruption de rougeole très caractéristique coïncidant avec un mauvais état général.

Le 30 mai. — Sortie en pleine guérison.

OBSERVATION XLV

D...., Léontine-Jeanne, 2 ans.

Le 29 avril. — Entre dans le service. Antécédents : bonne santé habituelle. Pas de rougeole antérieure.

L'enfant arrive avec du tirage et du cornage, nécessitant une intubation immédiate. Fausses membranes tapissant l'arrière-gorge. Culture : moyens et petits bacilles de Lœffler.

Le 11 mai. — Eruption de serum.

Le 19 mai. — Rougeole.

Le 6 juin, — Sortie avec guérison.

OBSERVATION XLVI

G...., Marius, 1 an 1/2.

Le 1^{er} juillet. — Pas de maladie antérieure. Début par toux. coqueluchoïde. A l'examen de la gorge pas de fausses membranes, mais simple rougeur. Un peu d'écoulement nasal. Culture : petits bacilles de Lœffler et nombreux cocci.

Le 23 juillet. — Rougeole.

Le 15 août. — Sortie en pleine guérison.

OBSERVATION XLVII

M...., Anne, 5 ans.

Le 3 juillet. — Entre dans le service. Antécédents : bonne santé habituelle. Aurait eu la rougeole, d'après les parents.

Amygdales couvertes de fausses membranes. Ecoulement nasal abondant. Culture : petits bacilles de Lœffler.

Le 15 juillet. — Conjonctivite, coryza, un peu de rougeur du voile du palais.

Le 18 juillet, — Rougeole.

Le 27 juillet. — Varicelle.

Le 12 août, — Parti en pleine guérison.

ANNÉE 1898

OBSERVATION XLVIII

D..., François, 3 ans 1/2.

Antécédents : Bronchite à 2 ans. En juillet dernier, rougeole qu'il avait prise de sa sœur.

Le 25 janvier. — Entre dans le service.

Début de l'affection actuelle par mal de gorge et quelques accès de suffocation. Quelques dépôts blanchâtres sur les piliers et les amygdales. Toux croupale. Un peu de tirage sus-sternal. Disque épais d'albumine. Bacilles de Lœffler.

Le 28 janvier. — Plus d'albumine.

Le 5 février. — Emploi de sérum.

Le 7 février. — Eruption rubéolique très nette avec catarrhe oculo-nasal.

Le 8 février. — L'éruption commence à pâlir.

Le 25 mars. — L'enfant part complètement guéri.

OBSERVATION XLIX

R..., Auguste, 5 ans.

Début de la maladie par coryza et léger mal de gorge.

A son entrée (le 28 février), tirage intense nécessitant une intubation immédiate. A la gorge, quelques dépôts jaunâtres sur l'amygdale droite. Culture : Bacilles de Lœffler.

Le 14 mars. — Eruption de sérum.

Le 16 avril. — Rougeole.

Le 30 avril. — Sortie avec guérison.

OBSERVATION L.

B..., Joséphine, 3 ans 1/2.

Le 28 février. — Début, il y a 10 jours par rhume. Entre avec une angine.

Fausses membranes jaune sale tapissant la luette et les amygdales. Ecoulement sanieux et fétide par le nez.

Le 7 mars. — Les amygdales sont comme ulcérées et gangrénées.

Le 12 avril. — Rougeole.

Le 28 avril. — Sortie avec guérison.

OBSERVATION LI

B..., Gabrielle, 3 ans 1/2.

Antécédents: pas de maladie antérieure, pas de rougeole.

Le 14 mars. — L'enfant entre pour une angine à fausses membranes tapissant amygdales et luette. Toux croupale un peu fréquente. Pas de tirage véritable. Dans les urines, albumine en disque très léger. Bacilles de Lœffler à la culture.

Le 19 mars. — Rougeole.

Le 25 avril. — Depuis deux jours la température monte en même temps qu'apparaît de la dyspnée. Signes de broncho-pneumonie à l'auscultation.

Le 5 mai. — Sortie avec guérison.

OBSERVATION LII

P..., Jean-Louis, 3 ans 1/2.

Le 14 mars. — Début par rhume. La toux est devenue croupale; la voix s'est éteinte. La gêne respiratoire apparaît et, à l'entrée du malade, il y a un tirage intense qui nécessite immédiatement l'intubation.

L'angine avec fausses membranes assez étendues. Disque épais d'albumine.

Le 1^{er} mai. — Eruption rubéolique.

Le 26 mai. — La température oscille autour de 39° depuis la rougeole. L'enfant passe à la Croix-Rousse, amaigri et avec un état général peu satisfaisant.

OBSERVATION LIII

D..., Auguste, 6 ans 1/2.

Antécédents : la rougeole à 4 ans.

Entre le 21 mars. Début de la maladie par céphalalgie et léger mal de gorge. A son entrée, hyperémie très marquée de l'arrière-gorge.

Le 22 mars. — Membranes sur amygdale gauche. Culture : bacilles de Loeffler.

Le 31 mars. — Eruption de serum.

Le 24 mai. — Rougeole.

Le 30 mai. — Sortie avec guérison.

OBSERVATION LIV

S..., Joseph, 17 mois.

Le 22 mars. — Un peu d'angine et éruption ressemblant à de la rougeole. L'enfant passe dans le service des rougeoles, après avoir été tubé à cause de son tirage.

Le 23 mars. — L'éruption a complètement disparu. L'enfant revient aux diphtéries. Culture est douteuse.

Le 4 avril. — Rougeole.

Le 18 avril. — La température, qui était retombée à la normale, remonte. Une éruption scarlatiniforme apparaît le 26 avril. L'enfant passe dans le service des scarlatines.

OBSERVATION LV

D..., Antoine, 4 ans.

Le 23 mars. L'enfant entre pour une angine. La gorge est légèrement rouge avec quelques fausses membranes sur l'amygdale gauche. Un peu d'engorgement ganglionnaire. La culture donne de grands bacilles de Loeffler en grande quantité. Albumine dans les urines.

Le 14 mai. — Rougeole.

Le 25 mai. L'enfant part complètement guéri.

OBSERVATION LVI

S..., Pierre, 3 ans 1/2.

L'enfant se trouvait en traitement à l'Antiquaille pour des ulcérations des lèvres et des gencives.

Il entre à la Charité le 1^{er} avril, porteur à la lèvre supérieure comme à la lèvre inférieure de deux plaques diphtériques de coloration blanc jaunâtre.

La gorge est tapissée, dans toute son étendue de fausses membranes. Beaucoup d'albumine dans les urines. Culture: nombreux bacilles de Loeffler.

Le 4 mai. — Rougeole,

Le 11 mai. — Eruption furonculaire abondante.

Le 27 mai. — Sortie avec guérison.

OBSERVATION LXII

M..., Marius, 4 ans.

Antécédents. — Rougeole et coqueluche dans le bas-âge.

Le 1^{er} avril. Entré pour une angine avec fausses membranes. Culture: bacilles de Loeffler.

Le 2 avril. — Tirage nécessitant intubation.

Le 22 avril. — Rougeole.

Le 7 mai. — Suppuration de l'oreille gauche.

Le 17 mai. — Varicelle.

Le 30 mai. — Sortie avec guérison.

OBSERVATION LVIII

G..., Francis, 2 ans.

Début, il y a 8 jours, par rhume et mal de gorge.

Le 3 avril. — Entrée du malade avec toux croupale et tirage très marqué. Intubation immédiate. Beaucoup de fausses membranes dans l'arrière-gorge. Bacilles de Loeffler.

Le 20 avril. — Rougeole. Bon état général.

Le 21 mai. — L'enfant sort en parfaite guérison.

OBSERVATION LIX

D..., Reine, 1 an 1/2.

Antécédents : varicelle. Ni rougeole, ni coqueluche.

Début par mal de gorge, toux croupale et voix éteinte.

Tirage sus et sous-sternal intense à son entrée. Intubation immédiate.

A la gorge quelques trainées blanchâtres sur les amygdales.
Culture : bacilles de Lœffler.

Le 22 avril. — Eruption de sérum.

Le 2 mai. — Rougeole.

Le 31 mai. — Sortie avec guérison.

OBSERVATION LX

C..., Marguerite-Marie ; 3 ans et 1/2.

Antécédents : varicelle et scarlatine.

Elle a été traitée par M. Garel pour une hypertrophie des amygdales et a subi, pour cette affection, 5 séances de pointes de feu.

A la dernière séance, elle se met à tousser et se plaint de la poitrine.

Le 12 avril. — Entre à la Charité pour un tirage sus et sous-sternal très accentué et de la toux croupale.

Membranes épaisses blanc-jaunâtres sur les amygdales.
Culture : Bacilles de Lœffler.

Le 26 avril. — Les membranes ont disparu. Etat général mauvais.

Le 6 mai. — Rougeole.

Le 7 mai. — Dyspnée assez intense.

Broncho-pneumonie des deux poumons.

Le 11 mai. — Mort.

Autopsie : broncho-pneumonie très accusée aux deux bases.
Emphysème dans les lobes supérieurs, ganglions trachéo-bronchiques un peu gros et congestionnés, pas caséeux.
Foie gros, gras et congestionné.

OBSERVATION LXI

R... Joannes-Emmanuel ; 6 ans.

Antécédents : varicelle et coqueluche dans le bas-âge.

Entre à la Charité, le 18 avril.

Début de la maladie, il y a 9 jours, par mal de gorge. Hier (17 avril) accès de suffocation.

A l'entrée dans le service, tirage. Intubation immédiate. L'enfant crache son tube à diverses reprises.

Nouveaux tubages. Rien de particulier à la gorge. Culture douteuse.

Le 13 mai. — La température monte depuis deux jours. Conjonctivite, coryza. Gorge rouge.

Le 14 mai. — Eruption rubéolique très nette.

Le 17 mai. — La température est retombée à la normale et y reste jusqu'à la sortie (9 juin).

OBSERVATION LVII

B... Francisque, 3 ans. Pas de maladie antérieure. Début il y a quatre jours par mal de gorge.

Le 25 avril, jour de l'entrée, accès de suffocation.

Le 26 avril. — Le tirage a disparu. A la gorge, quelques points blanchâtres. Culture : bacilles de Loeffler.

Le 17 mai. — La température tend à monter. Catarrhe oculo-nasal. Nouvelle angine à fausses membranes. Culture : bacilles de Loeffler.

Le 19 mai. — Eruption rubéolique.

Le 9 juin. — L'enfant part porteur de bacilles de Loeffler dans la gorge.

OBSERVATION LXIII

M..., Jeanne, 14 mois. Pas de renseignements sur les antécédents de la petite malade.

Le 3 mai. — Entrée dans le service. Les yeux sont fermés.

Paupières rouges et gonflées. Les conjonctives sont rouges et parsemées de points blanchâtres. Pas d'autres localisations de la diphtérie. Le traitement consiste en des instillations de quelques gouttes de jus de citron.

Le 6 mai. — La maladie va mieux. Les fausses membranes ont disparu.

Le 17 mai. — Rougeole.

Le 20 mai. — L'enfant est emmenée par les parents. On apprend indirectement qu'elle est morte trois jours après sa sortie.

OBSERVATION LXIV

C..., Annette, 7 ans.

Antécédents : Rougeole et coqueluche, il y a trois ans. Varicelle l'année dernière.

Début il y a deux jours par douleurs abdominales et perte de l'appétit.

Hier, toux croupale.

Le 26 avril. — La toux est toujours fréquente, mais a perdu son timbre rauque. A l'examen de la gorge quelques traînées blanchâtres sur des amygdales fortement hypertrophiées. La culture donne des bacilles de Lœffler.

Le 17 mai. — Rougeole. La température reste élevée à 38° pendant quatre jours, puis descend à la normale.

Le 9 juin. — L'enfant va bien. Il part porteur de bacilles de Lœffler dans le nez.

OBSERVATION LXV

C... Emile, 7 ans.

Le 11 mai. — Rien à signaler dans les antécédents. Rentre avec du tirage, avec exacerbations surtout nocturnes. Rien dans la gorge. La culture donne des bacilles de Lœffler.

Le 14 mai. — Etat général meilleur. Toux toujours croupale.

Le 20 mai. — Voix nasonnée provenant d'une paralysie du voile du palais.

Le 27 mai. — Poussée fébrile coïncidant avec testicule droit ectopié à l'anneau et douloureux.

Le 2 juin. — Plus de fièvre.

Le 9 juin. — Rougeole.

Le 23 juin. — Paralysie des membres inférieurs.

Le 5 juillet. — Angine.

Le 7 juillet. — Douleurs rhumatoïdes aux articulations du poignet. Elévation de la température. Plus de bacilles de Lœffler.

Le 10 juillet. — La température descend peu à peu à la normale.

Le 13 juillet. — Sortie avec guérison

OBSERVATION LXVI

C..., Antoine, 4 ans et 1/2.

Le 23 mai. — Début de l'affection actuelle, il y a 10 jours, par une légère angine qui guérit rapidement. L'enfant retourne à l'école. Il y a deux jours, nouvelle angine. L'enfant entre à la Charité avec voix rauque et tirage. La gorge est tapissée de fausses membranes. Bacilles de Lœffler à la culture.

Le 24 mai. — Le tirage est plus intense. Tubage dans la journée.

Le 23 juin. — Rougeole.

Le 27 juin. — La température monte; on a des signes de bronchite à l'auscultation des poumons.

Le 1^{er} juillet. — Depuis le 23 juin, la température oscille autour de 39°. Suppuration de l'oreille gauche.

Le 2 juillet. — Angine scarlatiniforme et éruption scarlatineuse.

Le 30 septembre. — Sortie avec guérison.

OBSERVATION LXVII

R..., Claudius, 27 mois.

Le 27 mai. — Début de la maladie par un rhume. Hier tirage.

Les parents l'amènent de suite à la Charité. Il est tubé à son arrivée. A la gorge fausses membranes tapissant des amygdales hypertrophiées. La culture donne des bacilles de Loeffler.

Le 7 juin. — Eruption de sérum.

Le 23 juin. — Rougeole.

Le 3 juillet. — Sortie avec guérison.

OBSERVATION LXVIII

P..., Robert, 4 ans et 1/2.

Le 29 mai. — L'enfant entre avec dysphagie très marquée et voix éteinte.

Le 31 mai. — On ne voit pas de fausses membranes. La culture donne des bacilles de Loeffler.

Le 7 juin. — Eruption de sérum à forme ortiée.

Le 13 juin. — Recrudescence de l'éruption, mais, cette fois, à forme rubéolique.

Le 18 juin. — Paralysie du voile du palais.

Le 23 juin. — Rougeole.

Le 25 juin. — La température est tombé à 37° et y reste jusqu'à la sortie de l'enfant qui part bien portant le 10 juillet.

OBSERVATION LXIX

P..., Charles-André, 3 ans et 1/2.

Le 2 juin. — Pas de maladie antérieure. Début il y a huit jours, par un rhume. La voix s'éteint peu à peu. A son entrée toux croupale et tirage. Intubation immédiate.

Fausse membranes dans la gorge.

Bacilles de Loeffler à la culture.

Le 7 juin. — Eruption généralisée de varicelle.

Le 15 juin. — Eruption de sérum coïncidant avec une élévation de température, qui dure jusqu'au 20 juin.

Le 21 juin. — La température est tombée brusquement à 37° et y reste jusqu'au 24 juin.

Le 25 juin. — Rougeole.

Le 13 juillet. — Sortie avec guérison.

OBSERVATION LXX

T..., Léon, 4 ans.

Le 8 juin. — Antécédents : ostéomyélite du bras droit. Entre à la Charité pour un catarrhe nasal intense. Rien à la gorge, si ce n'est un peu de rougeur.

Culture du mucus nasal : Bacilles de Loeffler.

Le 11 juin. — Œdème du scrotum avec monorchidie.

Le 17 juin. — Eruption de sérum à forme ortiée.

Le 20 juin. — Rougeole.

Le 24 juin. — Purpura.

Le 29 juillet. — Sortie avec guérison.

OBSERVATION LXXI

C..., Ferdinand, 7 ans.

Le 22 juin. — Malade depuis hier. L'affection débute par quelques accès de suffocation. Un peu de tirage à l'arrivée. Ce tirage cesse rapidement avec l'emploi du pulvérisateur. La voix est éteinte et la toux croupale.

Rien à la gorge. Culture : petits bacilles de Loeffler.

Le 6 juillet. — Rougeole.

Le 23 août. — Sortie en pleine guérison.

OBSERVATION LXXII

C..., Emile, 2 ans.

Antécédents. — Pas de maladie antérieure.

Le 26 juin. — L'enfant arrive avec un tirage très marqué et toux croupalé. Amygdales grosses, mais sans fausses membranes. Catarrhe nasal muco-purulent. La culture donne des bacilles de Loeffler.

Le 7 juillet. — Rougeole.

Le 26 août. — L'enfant part complètement guéri.

ANNÉE 1899

OBSERVATION LXXIII

M..., Maria, 3 ans 1/2.

Le 16 mars. — Pas de maladie antérieure, sauf légère bronchite l'an passé. Début par vomissements, mal de gorge. Pas de coryza. Enduit blanc grisâtre sur les deux amygdales. Nombreux bacilles de Loeffler. Albumine dans les urines.

Le 23 mars. — Plus d'albumine.

Le 27 mars. — Paralysie du voile du palais.

Le 7 avril. — La température monte.

Eruption rubéolique généralisée.

Le 10 avril. — Disque très intense d'albumine.

Le 14 avril. — Très peu d'albumine.

Le 30 avril. — Sortie avec guérison.

OBSERVATION LXXIV

L..., Jeanne, 3 ans et 1/2.

Le 3 avril. — Début, il y a deux jours par céphalalgie, fièvre et mal aux dents. Rien de particulier à l'examen de la gorge. Une culture donne des bacilles de Loeffler, des cocci et des streptocoques.

Le 18 avril. — Eruption rubéolique à la face.

Le 19 avril. — Elle est étendue à tout le corps.

Le 21 avril. — Défervescence. La température reste ensuite à la normale.

Le 11 juin. — Sortie avec guérison.

OBSERVATION LXXV

C... C..., Claudine, 2 ans et 1/2.

Antécédents personnels : rougeole, il y a un an. Scarlatine,

dont elle est guérie, il y a trois semaines. Début de l'affection actuelle, il y a deux jours, par mal de gorge.

Le 14 avril. — Arrive dans le service avec du tirage.

Le 15 avril. — Plus de tirage. Toux croupale.

Une culture, faite avec les fausses membranes de la gorge, a donné des bacilles de Loeffler.

Le 16 avril. — L'enfant reprend du tirage. Tubage.

Le 1^{er} juin. — Rougeole.

Le 2 juillet. — Sortie avec guérison.

OBSERVATION LXXVI

D..., Françoise, 3 ans.

Antécédents personnels : bronchite, il y a un an.

Le 4 mai. — L'enfant entre à la Charité avec une toux croupale.

Début de l'affection actuelle hier par mal de gorge. Fausses membranes sur les amygdales. Culture : bacilles de Loeffler. Un peu d'écoulement nasal.

Le 5 juin. — Rougeole.

Le 3 juillet. — Sortie avec guérison.

OBSERVATION LXXVII

D..., Germain, 19 mois.

Antécédents : rougeole, il y a un an.

Début de l'affection actuelle, il y a quatre ou cinq jours par de la dysenterie. Catarrhe oculo-nasal. Voix rauque et dysphagie très accentuée. A l'examen de la gorge, fausses membranes grisâtres, un peu diffluentes.

Nombreux bacilles de Loeffler à la culture. Tirage intense, qui nécessite l'intubation.

Le 22 mai. — La température est montée de 38°5 à 40°7, en même temps qu'apparaît une éruption rubéolique.

Le 23 mai. — Râles fins et quelques râles sibilants des deux côtés de la poitrine.

Le 25 mai. — Mort.

Autopsie : Noyaux de broncho-pneumonie dans les deux poumons. A la pression, on fait sortir du pus et un peu de sang.

Le long des bronches, on trouve de nombreux ganglions noirâtres, qui ne semblent pas être caséeux.

Dans les ganglions situés dans la partie supérieure de la trachée, on voit des dépôts nettement tuberculeux. Pas de traces de tubercule dans les poumons.

Rate: poids = 65 grammes.

Pas de tubercules.

Les reins sont grâs; la capsule s'enlève bien.

Cœur: un peu pâle, semble néanmoins normal.

OBSERVATION LXXVIII

R..., Henri-Régis, 2 ans 1/2.

Le 22 mai. — Entre avec une angine à bacilles de Lœffler,

Le 6 juin. — L'enfant présente depuis 6 jours, une éruption morbillieuse très marquée. La température s'est élevée depuis avant-hier et se maintient au-dessus de 39°.

Râles fins aux bases et en arrière.

Le 9 juin. — On constate aux bases et en arrière un peu de souffle. La température se maintient élevée.

Le 27 juin. — Eruption d'urticaire sur les épaules, le cou et les joues.

Le 6 juillet. — Sortie avec guérison.

OBSERVATION LXXIV

M..., Blanche, 2 ans et 1/2.

Le 25 mai. — Pas d'antécédents personnels. Début de la maladie par un peu de toux et de l'écoulement nasal. A l'examen de la gorge, quelques dépôts blanchâtres.

Le 26 mai. — Toux croupale et tirage. Intubation.

Le 31 mai. — Détubation.

Le 11 juin. — L'enfant reprend un peu de tirage qui cède

avec l'emploi du pulvérisateur. La toux est croupale, la dysphagie persiste.

Le 19 juin. — Avec élévation de la température apparaît de la dyspnée. En arrière et en bas, on entend des râles fins.

Le 20 juin. — Rougeole.

Le 21 juin. — *Mort*.

OBSERVATION LXXX

D..., Louis, 3 ans et 1/2.

Antécédents. — Rougeole l'année passée.

Le 28 mai. — Entre à la Charité.

Début de la maladie par perte d'appétit, constipation et gêne de la respiration. Fausses membranes en abondance dans la gorge. Bacilles de Loeffler à la culture.

Le 16 juin. — Rougeole.

Le 20 juin. — *Mort*.

Autopsie. — Poumons emphysémateux; léger œdème; légère congestion. Mais surtout granulations grises en grande quantité. Au-dessus du cœur et à droite, on remarque un gros ganglion caséeux en son centre. Petits ganglions péribronchiques.

Foie gros et gras.

Rate recouverte de granulations tuberculeuses.

Cœur normal.

OBSERVATION LXXXI

M..., Albert, 3 ans 1/2.

Antécédents personnels : bronchite,

Le 3 juin. — Début, il y a 3 jours par toux rauque. Le nez laisse écouler des mucosités mêlées à des filets de sang. Rien de bien particulier à la gorge, si ce n'est un peu de rougeur.

Le 14 juin. — Eruption sur le cou et les membres supérieurs, simulant une éruption morbillieuse.

Le 17 juin. — Rougeole bien accusée qui dure jusqu'au 20 juin avec des températures de 39°.

Le 3 août. — Sortie avec guérison.

OBSERVATION LXXXII

P....., Marie, 2 ans 1/2, n'a jamais été malade,

Le 4 juin. — Début par dysphagie. A l'examen de la gorge, amygdales, luette et piliers recouverts de fausses membranes grisâtres diffluentes. Bacilles de Lœffler à la culture. Intubation et serum dès l'entrée. Pas d'albumine.

Le 7 juin. — Albumine.

Le 16 juin. — Rougeole,

Le 24 juin. — La température devient de plus en plus élevée. La coqueluche, qui existait déjà, devient plus accentuée. A l'auscultation, gros râles dans les deux poumons.

Le 25 juin. — Sortie avec guérison.

OBSERVATION LXXXIII

P. ..., Antoine, 2 ans.

Rien dans les antécédents personnels.

Le 2 juillet. — Début, il y a 2 jours par gêne de la déglutition. Fausses membranes sur les amygdales. L'examen microscopique de la culture décèle des bacilles de Lœffler.

Le 9 août. — Il y a 3 jours que la température tend à monter. L'enfant tousse; coryza; apparition à la face de macules rubéoliques. L'éruption va s'accroissant et, aujourd'hui, elle commence à diminuer. La température tombe. Persistance du coryza.

Le 24 août. — Sortie avec guérison.

OBSERVATION LXXXIV

E....., Emile-Benoît, 6 ans 1/2.

Antécédents : pleurésie actuellement.

Le 10 juillet. — Début, il y a deux jours, par gêne de la déglutition.

Fausses membranes. Bacilles de Loeffler. Toux croupale. A l'entrée trachéotomie.

Le 17 juillet. — On fait des tentatives d'ablation de la canule. L'enfant prend des crises de suffocation.

Le 9 août. — Rougeole.

Le 12 août. — La température est tombée. L'état général est bon.

Le 3 septembre. — Sortie avec guérison.

OBSERVATION LXXXV

R..., Paul-Joseph, 4 ans.

Antécédents. — Broncho-pneumonie il y a 3 mois; se trouvait en convalescence à Longchêne.

Fausses membranes dans la gorge. Bacilles de Loeffler, coryza avec écoulement muco-purulent.

Le 9 août. — Depuis deux jours l'enfant présente un léger coryza et touse. Le 8 août, au matin, la face et la partie supérieure du tronc sont le siège d'une éruption rubéolique. La température s'élève et l'éruption s'accroît surtout à la face, où elle prend une teinte lie de vin.

Le 10 août. — L'éruption est devenue presque confluyente et prend une teinte lie de vin et un aspect scarlatiniforme.

Le 11 août. — Elle commence à pâlir.

Le 12 août. — L'éruption a presque disparu. L'état général est très bon.

Le 20 septembre. — Sortie avec guérison.

OBSERVATION LXXXVI

G..., Joseph, 2 ans 1/2.

Le 2 août. — Bonne santé habituelle. Début hier par gêne de déglutition et difficulté de la respiration aboutissant à un véritable tirage.

A l'examen de la gorge, fausses membranes sur les amyg-

dales, la luette et les piliers. Bacilles de Lœffler à la culture.

Le 4 août. — Eruption de serum à forme ortiée. Pas de tubage ; tirage ; la fièvre a diminué avec le pulvérisateur.

Le 16 août. — La température commence à s'élever et on aperçoit à nouveau quelques fausses membranes sur les deux amygdales.

Le 21 août. — L'éruption rubéolique, qui a été très discrète hier a complètement disparu aujourd'hui. L'enfant est très oppressé. La température est élevée (40°) ; à la base du poumon gauche, on entend du souffle et dans les deux poumons, des rales fins. Le soir mort.

Autopsie. — Noyaux très nets de broncho-pneumonie, œdème des deux poumons, ganglions trachéo-bronchiques caséeux. Foie et reins gras et asphyxiques. Quelques tubercules à la surface de la rate et sur la face supérieure du foie.

OBSERVATION LXXXVII

G... Antoine ; 1 an 1/2.

Le 4 août. — Bonne santé habituelle.

Rien à signaler dans les antécédents personnels.

Début de la maladie, le 2 août, par gêne de la déglutition ; fièvre, nuits agitées et un peu de gêne de la respiration.

Fausses membranes blanc-grisâtres sur les amygdales. Bacilles de Lœffler à la culture.

Le 21 août. — Eruption rubéolique intense et généralisée.

Le 23 août. — La température est tombée à 37° 5. L'enfant pesé le 9 août, pesait 12 kilogrammes 500. Le 21 août (date de l'apparition de la rougeole, diminution de 2 kilogrammes, 500 grammes).

Le 6 septembre, — Sortie en pleine guérison.

CONCLUSIONS

I. — *A).* — La rougeole n'est pas plus fréquente dans un service de diphtérie, que dans tout autre service. D'après notre statistique à l'hospice de la Charité de Lyon, la rougeole vient compliquer la diphtérie dans une proportion du 3,07 0/0.

B). — La rougeole a compliqué la diphtérie, avec un maximum de fréquence de 1 an 1/2 à 3 ans 1/2 (fait qui trouve son explication, dans la fréquence des contacts que les enfants de cet âge ont entre eux.

C). — La rougeole atteint les petits diphtériques avec une fréquence à peu près égale à toutes les périodes de leur affection.

II. — *A).* — Toute rougeole consécutive à une diphtérie est grave (21/8 0/0) de mortalité d'après notre statistique dans le service des diphtériques de la Charité de Lyon.

B). — Le pronostic de ces rougeoles post-diphtériques varie avec l'état antérieur plus ou moins grave et surtout avec l'intervalle de temps, qui sépare le jour de l'éruption de l'infection antérieure. La mortalité est nulle à partir du 24^e jour.

C). — Il semblait, de prime abord, que la diminution de la mortalité depuis 1894, était due à l'emploi de la sérothérapie. Si la mortalité a été moindre, c'est un pur fait du hasard, l'éruption s'étant manifestée longtemps après le début de la diphtérie.

D). — La rougeole post-diphtérique est grave :
1^o Parce qu'elle peut rendre hypertoxique une diphtérie bénigne; 2^o Parce qu'elle ouvre la porte à des complications nouvelles (broncho-pneumonies); 3^o Parce que souvent elle réveille des tuberculoses latentes.

E). — La diphtérie n'est que très rarement rappelée par un rougeole qui survient dans sa convalescence.

III. — Des rougeoles survenues chez les diphtériques 11,49/100 sont des rougeoles récidivées. Il semble donc que la diphtérie fait perdre l'immunité conférée par une rougeole antérieure.

IV. *A).* — Le personnel médical et hospitalier joue un rôle important et certain dans la dissémination du contagion morbilleux.

B). — Il faut faire une part de vérité à la théorie

de la contagion par l'air (théorie de la zone dangereuse).

C). — Lorsque des infirmières sont spécialement chargées de la surveillance des contagionnés, on voit la contagion bien limitée et les épidémies intérieures de rougeole s'arrêter.

Vu :

Le président de la Thèse,

LAROYENNE.

Vu :

Pour le Doyen, l'assesseur,

LACASSAGNE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- LIHOU. — La rougeole à l'hôpital Trousseau (Th. de Paris 1896).
- SANNÉ. — *Dictionnaire des Sciences Médicales de Dechambre*. (Art. Rougeole). *Dictionnaire des Sciences Médicales de Dechambre* (Art. Diphtérie).
- ADAMS. — Klebs-Löffler, bacillus in heatly throats and in measles throats (*Med. Record.*), 29 septembre 1894).
- BARBIER. — Complications de la rougeole (Bibliothèque médicale de Charcot et Debove).
- FRENKEL. — Influence de la rougeole sur la réviviscence et l'aggravation des infections antérieures (Th. de Paris 1898).
- BARD. — Des caract. anat.-path. des lésions de causes microbiennes. *Archives de physiologie normale et pathologique* (février 1887). *Lyon Médical* (13 janvier 1889. — Epidémiologie de la rougeole (*Revue d'hygiène et de police sanitaire* 1891).
- GONTIER. — Nature et prophylaxie de la broncho-pneumonie chez les rubéoliques (Th. de Lyon, 1889).
- E. MULLER. — De la présence des bacilles diphtériques chez les enfants hospitalisés (*Jahrb. f. Kinderheilk.* 1897, vol. XLIII, p. 54).
- AVIRAGNET. — De la tuberculose chez les enfants (Th. de Paris, 1892).
- CARREL. — Quelques considérations sur la rougeole des enfants (Th. de Paris 1871).

- COMBY. — Rechutes et récidives de rougeole (*Société Médicale des Hôpitaux*, 10 janvier 1896).
- FELTZ, médecin de l'hôpital Saint-Denis. — Rechutes et récidives de la rougeole (*Gazette hebdomadaire de Paris*, 18 octobre 1896).
- PAUL SIMON. — Des récidives de la rougeole (*Revue médicale de l'Est*, 1892).
- GASSOT. — *Gazette des Hôpitaux*, 1874, p. 986.
- RABOT. — La Diphtérie à Lyon ; l'œuvre de Behring ; la sérothérapie à Lyon (*Lyon Médical*, 1894).
- REMIGNARD. — Des récidives et des rechutes de la rougeole (*TH. de Paris*, 1897).
- GRISOLLE. — Traité de path. int., 9^e édition, Paris.
- J. GIRODE. — Traité de médecine et de thérapeutique (Paris 1895, tome I)
- MAURICE MERCIER. — Sur la contagion de la rougeole (*Gaz. hebd.*, Paris, 24 oct. 1892)
- SEVESTRE. — *Progrès Médical*. Mars 1889. Société médicale des hôpitaux (séance du 22 février 1889). — La contagion nosocomiale de la rougeole et de la diphtérie (*Union Médicale*, 23 février 1889). — La rougeole à l'hospice des enfants assistés (*Progrès Médical*, 3 janv. 1891).
- GRANCHER. — L'isolement et l'antisepsie aux enfants malades. (*Bulletin Médical*, 1889). — Sur le mode de contagion de la rougeole (*Union Médicale* 1889). — Société médicale des Hôpitaux (séance du 22 février 1889).
- GANNELON. — La rougeole à l'hospice des Enfants-Assistés (*TH. de Paris*, 1892).
- HUTINEL. — De la broncho-pneumonie tuberculeuse infantile (*Sem. Médicale*, 17 sept. 1890).

